

FA C U L T É D E M E D E C I N E D E P A R I S

A N N E E 1962

Nº

T H E S E

P O U R L E

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

P A R

C A T E L, A N N E , N É E D A U G E

Née le 12 Mai 1932 à SAINT DIZIER (Hte Marne)

Présentée et soutenue publiquement le

E T U D E S U R

L E S N O E V I D U C U I R C H E V E L U

A l'EXCEPTION D E S A N G I O M E S

P R E S I D E N T : M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R R . D E G O S

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

CATEL, ANNE, NÉE DAUGE

Née le 12 Mai 1932 à SAINT DIZIER (Hte Marne)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE SUR

LES NOEVI DU CUIR CHEVELU

A L'EXCEPTION DES ANGIOMES

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DEGOS



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.),
 GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.),
 LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.),
 PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHTER (C.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DŌYEN L. BINET

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

P R O F E S S E U R S

1^o - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a.- Professeurs titulaires :

ANATOMIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANESTHESIOLOGIE

BIOCHIMIE MEDICALE

BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE

& AUX SPORTS

BIOLOGIE MEDICALE

CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE

EMBRYOLOGIE

HISTOIRE DE LA MEDECINE & DE LA CHIRURGIE
 (Lariboisière)

HISTOLOGIE

HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE

MEDECINE DU TRAVAIL

MEDECINE LEGALE

MICROBIOLOGIE (Bactériologie et Virologie)

PARASITOLOGIE

MM.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

JAYLE (M.F.)

SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

GIROUD (A.)

N ...

VERNE (J.)

JOANNON (P.)

DESOILLE (H.)

PIEDELIEVRE (R.)

FASQUELLE (R.)

GALLIARD (H.)

MM.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE	HUGUIER (J.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	LAVIER (G.)
PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE	MERKLEN (F.P.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MILLIEZ (P.)
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE	TURIAF (J.)
PATHOLOGIE & THERAPEUTIQUE GENERALES	BOUDIN (G.)
PHARMACOLOGIE	CHEYMOL (J.)
PHYSIOLOGIE	BINET (L.)
PHYSIOLOGIE & PATHOLOGIE OBSTETRICALE	BARGETON (D.)
PHYSIQUE MEDICALE	LEPAGE (F.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
	DESGREZ (H.)
RADIOLOGIE MEDICALE	
TECHNIQUE CHIRURGICALE & CHIRURGIE EXPERIMENTALE	N ...
THERAPEUTIQUE	CONTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

BIOCHIMIE MEDICALE	DESGREZ (P.)
BIOLOGIE MEDICALE	POLONOVSKI (J.)
EMBRYOLOGIE	BOURLIERE (F.)
HYGIENE & MEDECINE PREVENTIVE	TUCHMANN (H.)
PARASITOLOGIE	DEPARIS (M.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	BRUMPT (L.C.)
PHARMACOLOGIE	LAURENCE (G.)
PHYSIOLOGIE	LEVY (Mlle J.)
PHYSIQUE MEDICALE	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires :

CLINIQUE CARCINOLOGIQUE CHIRURGICALE (Necker)	REDON (H.)
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Brousseis)	MOUQUIN (M.)
CLINIQUES CHIRURGICALES	LORTAT-JACOB (C)
Beaujon	LEGER (L.)
Cochin	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
TENON	

MM.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPEDIQUE	FEVRE (M.)
CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPEDIQUE & REPARATRICE (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE (Brousseis)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE (Lœnnex)	MATHEY (J.)
CLINIQUE ENDOCRINOLOGIQUE (Pitié)	DECOURT (J.)
CLINIQUE DE GENETIQUE MEDICALE (Enfants Malades)	LAMY (M.)
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES & SYPHILITTIQUES (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCEPHALE (Sainte Anne)	DELAY (J.)
CLINIQUE DES MALADIES METABOLIQUES (Necker)	HAMBURGER (J.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG (Brousseis)	MARCHAL (G.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
CLINIQUES MEDICALES	Boucicaut
	Brousseis
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
	LENEGRE (J.)
	SOULIE (P.)
	JUSTIN-BESANCON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIETY (M.)
	SEZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
CLINIQUE MEDICALE D'HYDROLOGIE THERAPEUTIQUE & CLIMATOLOGIE (Bichet)	DEBRAY (C.)
CLINIQUE MEDICALE PROPEDEUTIQUE (Brousseis)	GENNES (L. de)
CLINIQUE MEDICO-SOCIALE DU DIABETE SUCRE & DES MALADIES DE LA NUTRITION (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE (Pitié)	DAVID (M.)
CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
CLINIQUES OBSTETRICALES	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
CLINIQUE OBSTETRICALE & GYNECOLOGIQUE (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Lariboisière)	AUBRY (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE & DE PUERICULTURE (Saint Vincent de Paul)	LELONG (M.)
CLINIQUE DE PEDIATRIE SOCIALE (Enfants Malades)	MARIE (J.)

MM.

CLINIQUE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE (Laennec)	BERNARD (E.)
CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE (Selpêtrière)	MICHAUX (L.)
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE (Cochin)	COSTE (F.)
CLINIQUE STOMATOLOGIQUE (Pitié)	DECHAUME (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Veugirard)	ROUX (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
CLINIQUE TOXICOLOGIQUE	GAULTIER (M.)
CLINIQUE TRAUMATOLOGIQUE	PADOVANI (P.)
SEMEIOLOGIE MEDICALE	DOMART (A.)
SEMEIOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE	POILLEUX (F.)
CLINIQUE UROLOGIQUE (Necker)	COUVELAIRE (R.)
HYGIENE & CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE	TURPIN (R.)

b.- Professeurs à titre personnel :

MEDECINE	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE
CONFERENCES - AGREGES

ANATOMIE	MM. CABROL (C.), COUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
ANATOMIE	Melle GAUTHIER-VILLARS (F.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIQUE	MM. ABELANET (R.), BUSSE (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (CH.) M. Conf., NEZELOFF (Ch.), ORCEL (L.), FAILLAS (J.)
ANESTHESIOLOGIE	KERN (E.), VOURC'H (G.)
BACTERIOLOGIE	BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAULIEU (Et.) M. Conf., BOURILLON (R.), CARTIER (P.), DREYFUS (J. Cl.), GONNARD (P.), KRUH (J.), JEROME (H.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	M. PLAS (F.)
CARCINOLOGIE	MM. BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE	MM. CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
ELECTRO-RADIOLOGIE	M. LEDOUX-LEBARD (G.)
HEMATOLOGIE	MM. BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.), DUHAMEL (G.)
HISTOLOGIE	MM. COUJARD (H.) Pr. s. ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
HYDROLOGIE	MM. BESANCON (F.), CORNET (A.)
HYGIENE	MM. BOYER (J.) Pr. s. ch., BLANCHER (G.), Mme CORRE-HURST (L.) M. SAPIN-JALOUSTRE (H.)
MALADIES INFECTIEUSES	MM. BASTIN (R.), DUPONT (V.)
MEDECINE LEGALE	MM. DEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.), GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
MEDECINE DU TRAVAIL	M. ALBAHARY (C.)
NEURO-CHIRURGIE	M. PERTUISET (B.)
OBSTETRIQUE	MM. GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.) LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (G.), THOYER-ROZAT (J.)
OPHTALMOLOGIE	MM. BRÉGEAT (P.), DUBOIS (A.), SARAUX (H.)
ORTHOPEDIE	MM. JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MM. DEBAIN (J.), PIALOUX (P.),
PARASITOLOGIE	MM. GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	MM. BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX (J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.), DUBOST (Cl.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GARBAY (M.), GARNIER (H.), de GAUDART d'ALLAINES (Cl.), GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PELLERIN (D.) PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	SCHNEIDER (J.)

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	MM. BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (L.), LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (Cl.), RICHET (G.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MM. AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (J.), BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (B.), CONTAMIN (E.), COURY (C.), ETIENNE (J.P.), FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (E.), HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.), MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
PEDIATRIE-PUERICULTURE	MM. JOSEPH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCQ (J.), MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKY (C.), ROSSIER (A.), VIALATTE (J.)
PHARMACOLOGIE	MM. BOISSIER (J.), LECHAT (P.),
PHYSIOLOGIE	MM. BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.), GIRARD, M. Conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.)
PHYSIQUE MEDICALE	MM. CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.) M. Conf. Pr. s. ch., GREMY (F.), M. Conf. MILHAUD (G.), PELLERIN (P.), ROUCAYROL (J. Cl.), TUBIANA (M.), M. Conf.
PNEUMOPHTISIOLOGIE	MM. KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
PSYCHIATRIE	M. PICHOT (P.)
PSYCHIATRIE INFANTILE	MM. DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H.), LAPRESLE (J.)
RHUMATOLOGIE	M. DELBARRE (F.)
STOMATOLOGIE	M. CERNEA (P.) Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr., M. GRELLET
THERAPEUTIQUE	MM. CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)
UROLOGIE	MM. AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

ANATOMIE	M. J. DEBEYRE
CLINIQUE CHIRURGICALE	MM. ABOULKER (P.) AMELINE (A.) Pr. s. ch., VERNE (J.M.)
CLINIQUE MEDICALE	MM. PERRAULT (M.), RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
CLINIQUE OBSTETRICALE	MM. GRASSET (J.), MAYER (M.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE	MM. DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	
	M. MADURO (R.)
CLINIQUE PEDIATRIQUE & PUERICULTURE	M. R. LAPLANE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	M. H. BARUK
CLINIQUE UROLOGIQUE	M. R. KUSS

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

BACTERIOLOGIE	M. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	M. RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE :

	MM. BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principale	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} M.le Docteur HAHN
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

En témoignage de mon affection.

A Monsieur le Professeur DEGOS

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Professeur de la Chaire de Clinique
des Maladies Cutanées et Syphilitiques

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé DUPERRAT

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail.
Nous le lui dédions et le prions de le considérer comme un témoignage bien modeste de notre reconnaissance et de notre profond attachement.

INTRODUCTION

Le cuir chevelu est souvent mal connu et c'est un peu le parent pauvre de la Dermatologie dont on se désintéresserait volontiers. Dans ce travail, nous nous proposons de faire l'essai d'une étude sur les noevi du cuir chevelu, à l'exception des angiomes.

Nous rappellerons, tout d'abord, pour situer la question que "les noevi sont des dysplasies circonscrites d'origine embryonnaire d'un ou plusieurs éléments de la peau" et "qu'une dysplasie est un trouble dans le développement des tissus d'organes ou de parties anatomiques entraînant des difficultés ou même des monstruosités compatibles ou non avec l'existence",

Puis, nous donnerons quelques idées générales sur les noevi du cuir chevelu, à savoir que :

- cachée par les cheveux, la lésion est rarement vue au tout début, sauf chez les nourrissons et il est souvent difficile de faire préciser la date exacte du début ;
- dissimulée sous une mèche, elle ne gêne pas l'esthétique et le malade consulte souvent tardivement, seulement quand la lésion devient gênante et le siège de traumatismes répétés par le peigne ;
- l'aspect clinique de la tumeur est souvent trompeur et seul l'examen histologique peut rétablir le diagnostic.

Parmi les noevi du cuir chevelu, certains, les plus nombreux, peuvent se voir sur n'importe quelle partie du corps, mais présentent quelques particularités au niveau du cuir chevelu. Ce sont : . les noevi cellulaires.

- . les noevi mélaniques bénins et malins,
- . les noevi verruqueux,
- . les épi calcifiés de Malherbe.

D'autres se voient surtout au cuir chevelu, mais pas exclusivement ; ce sont : . les noevi sébacés,
 . les noevi sudoripares,
 . les cas mixtes.

D'autres, enfin, ne se voient qu'au cuir chevelu ;
Ce sont :
• les leupes,
• le Poncet-Spiegler,
• la pachydermie vorticellée,
• le noevus cérébriforme.

Nous étudierons donc successivement ces différents noevi en illustrant cette étude d'observations recueillies dans le service ces dernières années ou prises dans la littérature pour bien faire ressortir les caractéristiques de ces noevi.



EN GUISE D'EXORDE

Nous étions occupés à écrire cette thèse lorsque, le 29.3.1962, nous avons examiné une fillette dont l'observation est la justification de ce travail.

Madame D... amène sa fille âgée de 7 ans parce que, depuis quelques semaines, elle présente sur le vertex une petite "plaque de pelade". En effet, il existe une petite tonsure, parfaitement ronde, de 25 mm. de diamètre, mais dès qu'on la touche, l'enfant souffre. En examinant de plus près, on s'aperçoit que cette tonsure est centrée par un minuscule lentigo café au lait, de 3 mm. de diamètre et en palpant, on s'aperçoit que le lentigo est très légèrement bombé reposant sur un petit coussin inflammatoire dont la pression est fort douloureuse.

L'examen de l'enfant montre qu'elle présente un certain nombre de lentigos disséminés sur la face et le cou. En regardant systématiquement le cuir chevelu, on découvre un autre lentigo sur le pariétal gauche, que la maman n'avait pas remarqué.

Enfin, en reprenant l'interrogatoire, on apprend que tout a commencé par un accident de voiture au mois de janvier : l'enfant a été contusionnée en plusieurs points du cuir chevelu et, en particulier, sur le vertex. Dès lors, les faits deviennent parfaitement clairs :

- 1.- Cette petite fille présente une lentiginose, somme toute banale.
- 2.- Elle avait, sans qu'on s'en aperçoive, des petits lentigos sur le cuir chevelu .
- 3.- Un traumatisme fortuit a irrité le lentigo du vertex.
- 4.- Il a provoqué l'apparition d'une folliculite torpide sous-nevique.

5.- Ce foyer inflammatoire, agissant exactement comme un furoncle, a provoqué la chute locale des cheveux, formant ainsi une petite "peladoïde".

Ces faits peuvent paraître minimes, voire même insignifiants. En réalité, ils ont leur importance puisque, jusqu'à maintenant, les différents médecins qui avaient examiné l'enfant avaient complètement méconnu le diagnostic exact et prescrit des lotions rubréfiantes qui faisaient pleurer la gamine.

NOEVI ALOPECIQUES — NOEVI ANNULAIRES

NOEVI A POILS LAINEUX

Nous commencerons cette étude en rassemblant quelques variétés curieuses et rares de noevi du cuir chevelu.

1.- LES NOEVI ALOPECIQUES

Une douzaine de cas ont été publiés par TOURAINÉ en 1944. Ils apparaissent comme des aires glabres, sans autre altération du cuir chevelu que l'absence de poils, s'opposant ainsi à l'aplasie cutanée du vertex, plaque cicatricielle également d'origine congénitale.

Selon TOURAINÉ, le triangle d'alopecie congénitale décrit par SABOURAUD peut être cité parmi les noevi alopeciques.

2.- LES NOEVI ANNULAIRES DU CUIR CHEVELU

avec deux observations de SEZARY et NAVY, en 1938 "Noevi annulaires à centre atrophique et bordure hypertrichosique".

Apparu dès la naissance, ce noevus siégeait dans la région pariétale un peu à côté du vertex, sous forme de plaque circulaire ou ovalaire de 6 à 15 mm. de diamètre, à centre atrophique blanchâtre, à peau fine, à limites nettes, à bordures masquées par des cheveux plus longs et plus épais que sur le reste du cuir chevelu.

DESAUX suggère qu'il s'agit peut-être d'une variété d'aplasie cutanée circonscrite.

3°.- LES NOEVI À POILS LAINEUX

dont on retrouve 8 cas mondiaux en octobre 1958. On distingue 3 sortes de neovus à poils laineux :

- a.- des formes sans aucune modification visible de la peau glabre ou du cuir chevelu,
- b.- d'autres avec un neovus linéaire de la peau ;
- c.- enfin, des noevi acquis à l'âge adulte dans lesquels les cheveux du cuir chevelu ont les caractères des poils pubiens.

Dans ces cas, on ne retrouve pas d'anomalies semblables dans la famille alors que pour les cuirs chevelus à cheveux crépus, on retrouve des documents familiaux, montrant une longue histoire de cheveux crépus de toute la tête.

Pour les auteurs, ces noevi à poils laineux constituent une entité séparée.



— CHAPITRE DEUXIEME —

NOEVI CELLULAIRES
NOEVI MELANIQUES BENINS ou MALINS

Le cuir chevelu peut être le siège de n'importe quel noevi cellulaire se caractérisant par la présence de cellules noevisques qui confèrent à ces noevis, pigmentaires ou non, une individualité non seulement histologique, mais encore évolutive par le risque de dégénérescence en noevo-carcinome.

- Dans un premier temps :

Nous donnerons les caractères généraux des différentes formes cliniques de noevis en essayant de préciser quelques points particuliers aux noevis du cuir chevelu.

- Dans un deuxième temps :

Nous parlerons des mélanomes malins et insistons, dès maintenant, sur la "grande perfidie" des noevocarcinomes du cuir chevelu.

1°.- NOEVI CELLULAIRES.- NOEVI TUBEREUX -

VERRUE MOLLE

Ces noevi forment des petites élevures de la grosseur majeure d'un pois, hémisphériques et sessiles ou globuleuses et un peu étranglées à la base. Elles sont de coloration blanche, blanc rosé, rose violacé ou jaune brunâtre. Leur surface est lisse ou ponctuée par les ostia folliculaires dilatés. Leur consistance est rénitente. Elles sont souvent surmontées par de longs poils. Elles apparaissent habituellement à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Tout en grandissant, ces noevi peuvent se hérissier de petites saillies hémisphériques. Leur surface devient mamelonée, d'aspect muriforme et leur base s'étrangle pour ébaucher un large et court pédicule. Ils sont souvent gris ou brun foncé. Ce sont les noevi mollusciformes. Assez voisins d'aspect sont les noevi papillomateux étalés en nappe.

HISTOLOGIQUEMENT :

On constate dans le derme de nombreuses cellules noevisques disséminées ou en thèques. Il peut ou non y avoir un excès de pigment dans la basale et dans les cellules noevisques dermiques. Le type histologique habituel serait celui de nevus intra-dermique sans activité de la zone de jonction. Cependant, ces noevi cellulaires commandent la même prudence que les noevi pigmentaires : une irritation ou intervention intempestive peuvent être la cause d'une noevocancérisation.

Au cours de ces trois dernières années, nous avons réuni sept observations de noevi cellulaires du cuir chevelu. Un caractère commun à tous ces noevi est leur défaut de pigmentation. Tous sont pâles, les uns de couleur de la peau normale, les autres rose ou brun très clair au maximum. Aucun n'est marron ou noirâtre comme certains noevi du visage ou des membres. Cette notion de manque de pigmentation nous semble importante à connaître et nous nous permettrons de rappeler ici que le risque de dégénérescence d'un nevus n'est pas proportionnel à sa pigmen-

tation mais dépend uniquement de la présence de cellules noeviques.

2°.- NOEVI CELLULAIRES MELANIQUES

Toutes les formes sont possibles :

- depuis le simple lentigo sans relief, arrondi ou ovalaire de la taille d'un grain de mil, de couleur brun jaune ou noir intense, avec ou sans poils ;
- en passant par certains éléments légèrement saillants et le noevus en dôme, souvent très pigmenté ;
- jusqu'aux noevi mélaniques tubéreux - tumeurs à contours nets, faisant saillie sur la peau, pouvant atteindre le volume d'une noisette et même davantage. Leur surface peut être lisse ou légèrement granitée, ailleurs rugueuse ou papilleuse ou divisée par des protubérances qui donnent un aspect mûriforme. De forme arrondie ou aplatie, ils sont un peu étranglés à la base ou même franchement pédiculés. La consistance est souvent molle, parfois plus ferme. Enfin, remarquons que les poils sont habituels à leur surface alors qu'ils sont presque absents sur les noevi lentigos.

Nous citerons aussi, dans ce chapitre, les noevi pigmentaires en nappes.

HISTOLOGIQUEMENT :

Trois aspects sont possibles :

- a.- Les noevi de jonction où les cellules noeviques sont dans le corps muqueux et la basale, au-dessus de la vitrée isolées ou groupées en thèques.
C'est dans ce type de noevus que surviendront le plus grand nombre de dégénérescence.
- b.- Le noevus intra-dermique où les cellules noeviques sont situées dans le derme, en bande libre, sous-épidermiques, tassées en thèques vers la surface et s'étirant en faisceaux neuroïdes dans le derme profond.
- c.- Le noevus combiné où les cellules noeviques sont groupées en thèques dans tout le derme et dans la zone de jonction.

L'EVOLUTION peut se faire suivant trois types :

- a.- L'extension en surface, en volume, en nombre
- b.- la régression ;
- c.- la dégénérescence en mélanome malin sur laquelle nous reviendrons longuement.

Connaissant le grand risque de dégénérescence secondaire à un traumatisme d'une part, et la fréquence de traumatismes répétés par le peigne, le meilleur traitement est l'ablation du noevus soit par l'électrocoagulation en berceau, soit chirurgicalement suffisamment au large.

3°.- FORMES CLINIQUES

DES NOEVI CELLULAIRES MELANIQUES

A.- NOEVUS DE SUTTON

Le noevus de Sutton, bien qu'exceptionnellement décrit au cuir chevelu, mérite de rentrer dans cette étude, comme le prouvent les observations suivantes :

- La première est une observation personnelle de M. DUPERRAT :

"Le Docteur B..., de Versailles, nous présente son enfant agé de 18 ans pour lequel il s'inquiète, ayant constaté l'apparition de 3 ilots de cheveux blancs. Ce garçon a une chevelure chatain foncé et depuis un mois il présente dans la région occipitale, 3 petites aires de canitie. En examinant le cuir chevelu, on s'aperçoit que chacune de ces petites aires, de la taille d'une petite pièce de 0,50 fr. est centrée par un minuscule noevus cellulaire pigmenté de la taille d'un minuscule grain de mil. Il s'agit, de toute évidence, de 3 petits noevi de Sutton. Il est intéressant de rappeler ce fait, d'ailleurs absolument classique, qui confirme une fois de plus la notion de l'éclosion tardive de noevi éruptifs".

- Le deuxième a été publiée par BOCAGE, en 1948.

C'est un jeune garçon de 18 ans qui a vu apparaître, après un bain de soleil, des taches achromiques centrées par un nodule brun violacé et 2 petites mèches blanches du cuir chevelu.



Nous n'avons pas retrouvé d'autres cas de noevus de Sutton du cuir chevelu ni dans la première étude de SUTTON, ni dans d'autres publications.

Il nous semble donc intéressant de signaler ces cas, afin de prévenir le clinicien et lui faire toujours rechercher un petit neovus central, devant toute mèche blanche d'apparition récente et spontanée.

Nous rappellerons simplement que l'usage désigne du nom de Maladie de Sutton un noevus pigmentaire, le plus souvent une lentigine entourée d'une large tache ronde achromique, aux bords nets. Malgré l'absence d'une hyperpigmentation à la périphérie de l'aire achromique, Sutton considérait celle-ci comme un vitiligo péri-nevique. Beaucoup d'auteurs tirent argument de l'absence fréquente de la bordure hyperchromique pour faire de la zone blanche un noevus achromique (nevus leucopigmentaire de NARDUCCI).

B.- LE NOEVUS BLEU MESENCHYMATEUX et le NOEVUS de OTA

De même pour le noevus bleu, une observation de FISHER, en 1956 : "Noevus bleu malin du cuir chevelu" nous incite à en parler.

Il s'agit d'un homme de 27 ans en 1956, de race blanche, chez qui on avait remarqué, à 17 ans un noevus bleu de la région occipitale droite. Quatre ans plus tard, augmentation de volume de ce noevus et apparition d'une masse cervicale droite. L'histologie de cette masse cervicale montrait un mélanome malin secondaire. Une intervention large des nevi première et deuxième et du ganglion fut faite. Le malade est tranquille pendant 6 ans puis revient pour une perte de poids et l'apparition de nodules pigmentés et non pigmentés de la peau, du cou et de l'abdomen, des ganglions cervicaux, un foie nodulaire. C'est alors que l'observation est publiée et on ne connaît pas la suite, mais tout laisse à supposer que ce jeune homme est mort peu de temps après. FISHER insiste sur le fait que la clinique et l'histologie de la tumeur du cuir chevelu indiquaient bien qu'il s'agissait d'un noevus bleu.



Le noevus bleu a été décrit par Max TIECHE en 1906. C'est, le plus souvent, une papule de quelques millimètres de diamètre qui peut s'étaler en une plaque à peine infiltrée, de plusieurs centimètres de diamètre. Sa coloration va du bleu ciel au bleu acier et il semble survenir plutôt chez des personnes à peau foncée. Il est, le plus souvent, isolé et son siège le plus habituel est la face, le dos des mains et des pieds.

Le noevus bleu est habituellement bénin. Toutefois, ALLEN et SPITZ ont signalé 10 cas de dégénérescence dont deux mortels, DERSEY et MONTGOMERY en ont suivi 3 cas avec atteinte ganglionnaire. Le cas de FISHER s'ajoute à cette liste. Le "mélanome malin mésenchymateux de Darier" correspond à de telles évolutions.

Ils sont constitués par des infiltrats intra-dermiques profonds de cellules conjonctives lamelleuses, allongées, chargées de mélanine. C'est la localisation profonde de ces amas pigmentaires, au-dessous d'un épiderme et d'une couche de chorion normaux, qui leur donnerait cette coloration bleue. L'origine des cellules du noevus bleu est incertaine. Selon MASSON, elles dériveraient des gaines de Schwann. MONTGOMERY n'a pu trouver aucun argument morphologique ou topographique probant.

Le noevus bleu peut être détruit au bistouri électrique ou excisé. Il est capital de se souvenir que la lésion est profonde, essayant jusqu'à la graisse sous-cutanée.

Nous ne dirons que quelques mots du NOEVUS DE OTA :

- tache pigmentaire brunâtre, gris ardoisé ou bleuâtre, intéressant les territoires des branches ophtalmique et maxillaire supérieur du trijumeau. TANINO a établi une classification de 4 types ; dans le type III, les taches foncées s'étendent à la pommette, à la racine du nez, au front, au pavillon de l'oreille et à la moitié antérieure du cuir chevelu.

Cette lésion s'observe dans les races jaunes, surtout au Japon. Elle est rare en France.



C.- LE MELANOME JUVENILE

Nous avons eu l'occasion de voir deux mélanomes juvéniles du cuir chevelu :

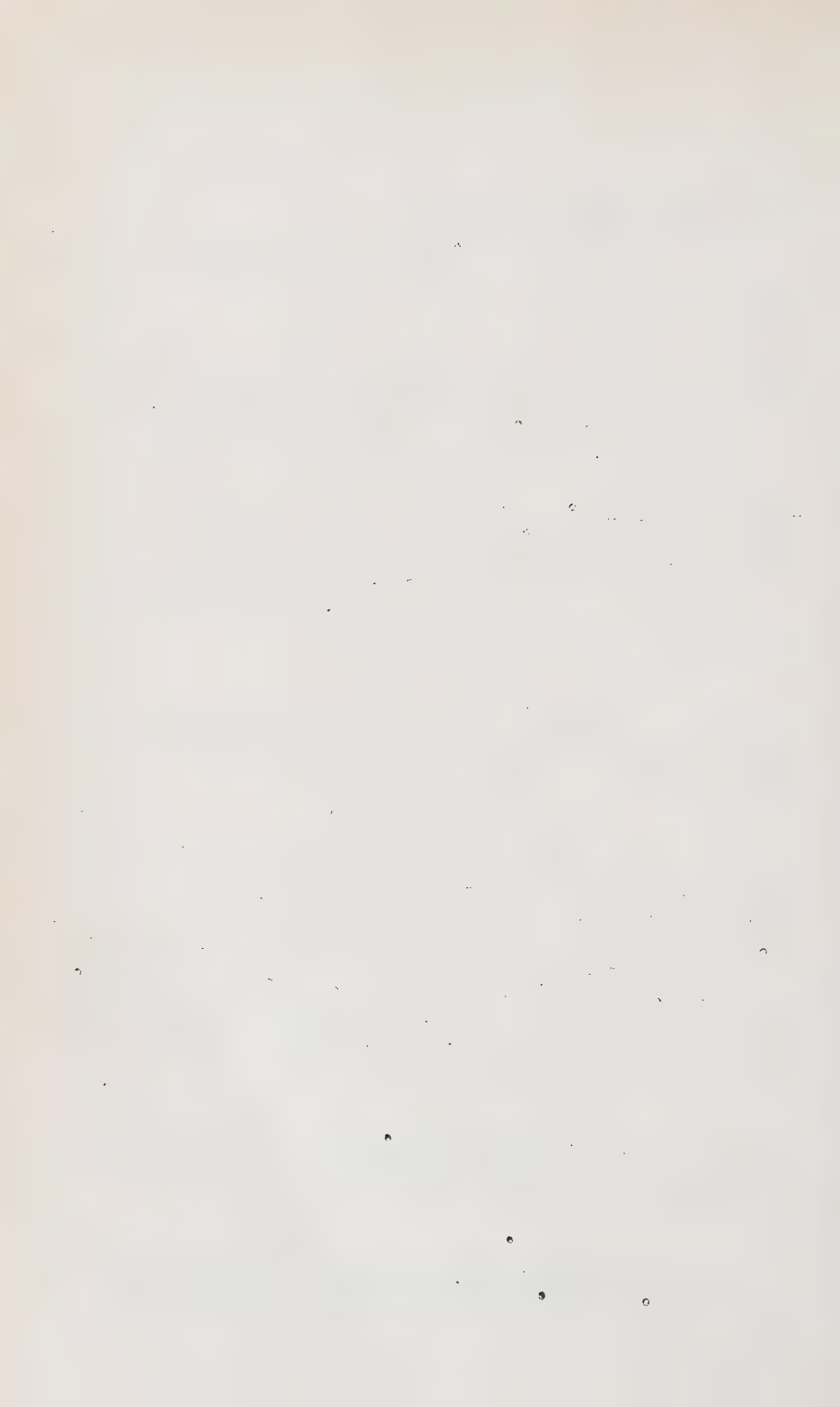
- Première observation : T... Dominique, 6 ans, venue nous voir pour une tumeur angiomateuse de la grosseur d'un pois sur le cuir chevelu ayant un peu l'aspect de botriomycome. L'examen histologique montra une image de mélanome juvénile.
- Deuxième observation : L... Didier, 2 ans $\frac{1}{2}$; apparition à 1 an, de taches leucomélanodermiques très nombreuses de la joue droite, du nez, du front avec une mèche noire de la nuque, insolite chez ce bébé blond. Sur ces taches, apparition de nombreux mélanomes juvéniles.

Le mélanome juvénile a été décrit par Sophie SPITZ (1948) et ALLEN (1949) et a été bien étudié par Mc WHORTER et WOOLNER (1954) et par DUPERRAT (1955).

Cette petite tumeur apparaît, le plus volontiers, entre 3 et 8 ans et siège le plus souvent au visage. Les parents peuvent, en général, en préciser le début, de par son caractère brutal et rapide. C'est une petite saillie bombée, ronde ou ovalaire de la taille d'un grain de mil à celle d'une lentille. La surface est lisse sans aucun poil. La coloration est variable : rose ou rouge, tantôt un peu jaunâtre, chamois avec quelquefois un halo congestif au pourtour. Sa consistance est ferme ou élastique, plus rarement molle ou dure.

Actuellement bien connue, cette lésion a pu être confondue autrefois avec un noevecarcinome alors qu'aujourd'hui son caractère de bénignité semble à peu près certain.

Le mélanome juvénile est un noeuvus de jonction dont le caractère particulier est la présence de cellules parfois énormes souvent myoblastoïdes, dépourvues en général de pigment.



La présence de mitoses n'est pas exceptionnelle. Les grandes cellules sont souvent en croissant ou en raquette. Le stroma est abondamment vascularisé, pouvant même simuler un angiome. Le gros problème histologique est le diagnostic avec le noevo-carcinome. Cliniquement, il peut se poser avec un lipome, un angiome, un B.B.S., une leishmaniose lupéïde, un histiocytofibrome, une chéloïde, un noevus cellulaire.

MELANOMES MALINS

Les mélanomes malins sont des tumeurs noeviques d'une malignité extrême provenant de la dégénérescence de cellules noeviques de UNNA.

Ils commencent actuellement à être bien connus, de nombreux articles médicaux et de vulgarisation s'efforçant de prévenir à la fois les médecins et les malades. Mais, devant la gravité de ce cancer, il nous semble bon d'insister sur les mélanomes malins du cuir chevelu qui sont peut-être les "plus trompeurs et les plus perfides" de par leur localisation.

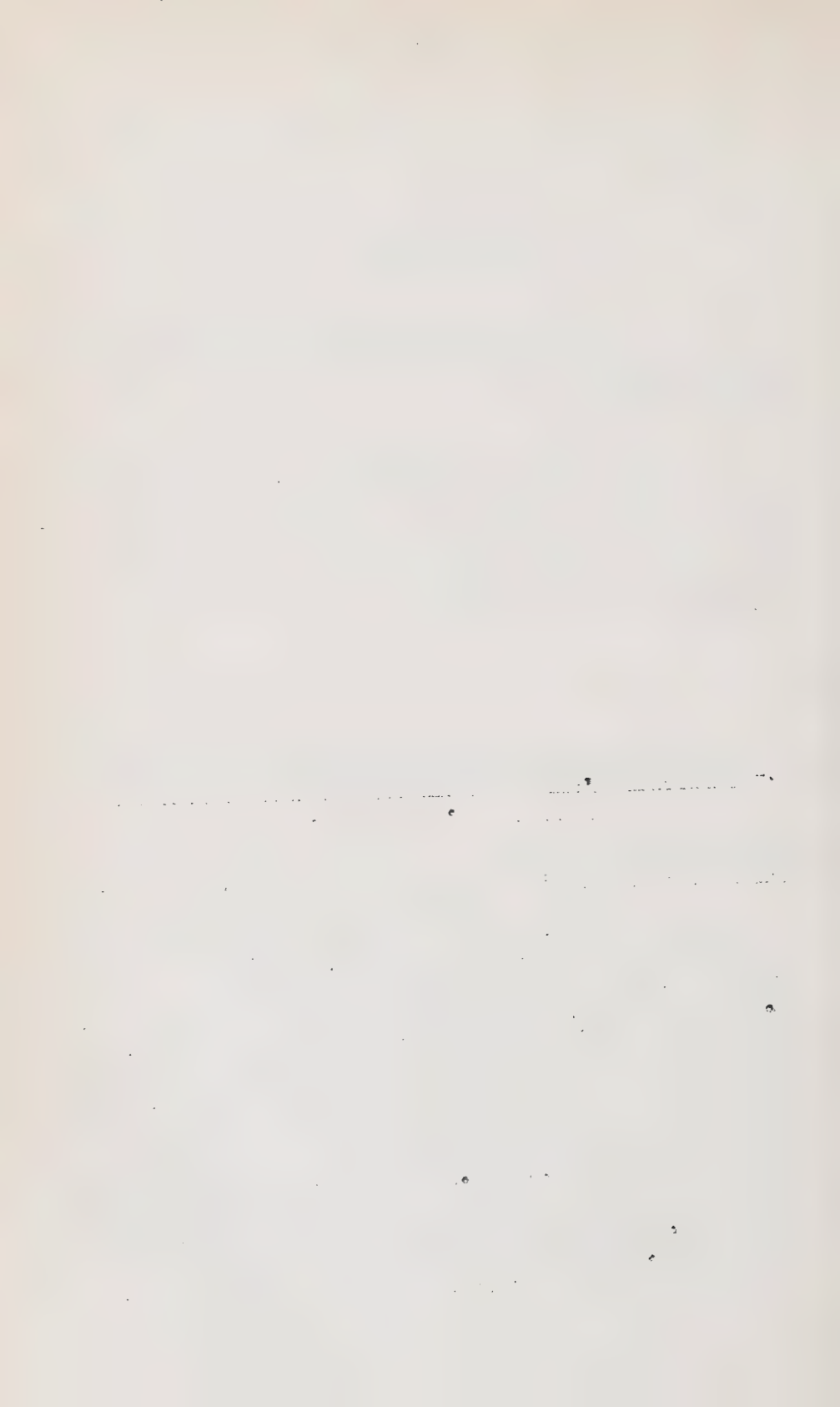
+

+ +

1.- Nous illustrerons tout de suite cela par le récit détaillé de quelques observations.

PREMIERE OBSERVATION : elle a été rapportée par M. DUPERRAT :

"En 1956, un infirmier vietnamien me présente
"sa femme, âgée d'une trentaine d'années. Il existe sur l'occiput
"une masse fétide et répugnante cachée dans de longs cheveux
"noirs et gras. Cette masse pédiculée. longue de 7 à 8 cm.,
"ne saurait mieux être comparée qu'à une aubergine pourrie.
"Elle adhère au cuir chevelu par un pédicule de la taille d'un
"crayon. Ce pédicule n'est entouré d'aucune infiltration. Un
"coup de ciseau sectionne cette masse sans la moindre hémorragie.
"Or, les coupes nous plongent dans la stupéfaction. Il s'agit
"d'un authentique mélanome mélanique. La malade est immé-
"diatement confiée au chirurgien pour faire un large scalp de
"la région occipitale suivi d'une plastie par rotation. L'examen
"de la pièce opératoire en coupes sérieuses n'a pas retrouvé de
"cellules mélaniques et l'évolution ultérieure a été bonne".



DEUXIEME OBSERVATION :

Dans un mémoire de 1958, ANDRE, étudiant l'action de la radiothérapie dans 38 tumeurs du cuir chevelu relate un cas de noeovocarcinome du cuir chevelu : jeune femme de 35 ans, ayant constaté, en 1949, une petite tuméfaction du cuir chevelu, pariétale droite, prise pour une loupe et excisée en Janvier 1950. Deux mois après cette intervention malheureuse, la malade consulte à Curie pour une récurrence de la lésion opérée qui se manifeste sous forme d'une volumineuse tumeur pariétale droite de 11cm x 11 cm, ulcérée en son centre, adhérente au plan osseux avec infiltration diffuse formée de noyaux à tendance confluante dont certains sont ulcérés, allant de la région pariétale à la clavicule et s'étendant en arrière jusqu'à la région occipitale. Sur toute l'étendue du cou, la peau est rouge et rétractée. Adénopathies cervicales bilatérales. Une radio du thorax révèle une ostéolyse de l'arc central, de la 9ème côte gauche. La malade est décédée deux mois plus tard.

TROISIEME OBSERVATION :

DIOSINI rapporte un cas de noeovocarcinome du cuir chevelu à évolution aiguë et foudroyante en l'espace de 1 mois, le développement de la tumeur primitive et ses métastases ayant été pratiquement concomitants. Ces dernières étaient essentiellement viscérales contrastant avec la relative discrétion des métastases cutanées et ganglionnaires. A l'autopsie, métastases des deux seins, d'une glande sous-maxillaire, de la thyroïde, de la plèvre, du foie, du mésentère, des surrénales, des ovaires et de la voûte crânienne.

QUATRIEME OBSERVATION :

Un autre cas de noeovocarcinome de la région pariéto-temporale chez un enfant de 12 ans, apparu sur une tache naevique congénitale café au lait traumatisée et développée en quelques mois avec adénopathies (MILAIN 1932).

CINQUIEME OBSERVATION :

Enfin, une très intéressante observation de TEMINE, en 1958, d'un noevocarcinome à type de botriomycome du cuir chevelu :

L'histoire de ce malade fait suite à la chute d'une clé anglaise sur la région crânienne ou occipitale en 1956. A la suite de cet accident, s'installe une exophtalmie maligne avec troubles thyroïdiens intenses nécessitant une trépanation décompressive et radiothérapie hypophysaire qui permettent de stabiliser cette maladie gravissime au bout de quelques mois.

Puis, lentement, se constitue , au niveau de la région fronto-pariétale gauche, une petite tumeur pédiculée qui amène le malade à consulter en mai 1958 parce qu'elle saigne facilement depuis quelques jours.

Légèrement bourgeonnante, non pigmentée, apparue sur une zone que la malade affirme avoir été traumatisée (opération? clé anglaise ?) alors qu'elle était indemne antérieurement, cette tumeur, grosse comme une cerise, a tous les caractères cliniques d'un botriomycome. Cette lésion, enlevée au bistouri électrique et examinée , montre qu'il s'agit d'un noevocarcinome.

Dans un deuxième temps, exérèse large et profonde atteignant le plan périosté, à 1 cm. en dehors des limites visibles de la néoformation.

A l'histologie, tout le fragment examiné présente une vaste prolifération constituée par des cellules volumineuses à disposition endocrinioïde, en particulier autour des vaisseaux. Les limites de l'exérèse passent très près de l'infiltrat tumoral.

+
+ +

2.- Après le récit de ces observations, nous donnerons quelques idées générales et particulières sur les mélanomes malins du cuir chevelu.

Les ~~noev~~carcinomes surviennent généralement sur des lésions préexistantes :

- . noevus pigmentaire saillant,
- . noevus pigmentaire plan,
- . noevus non pigmentaire,
- . neovus bleu.

Cependant il existe des cas dont l'interrogatoire ne révèle aucune lésion préexistante, le noevus étant infra-clinique. Cette dernière notion s'applique particulièrement aux noevi du cuir chevelu et est illustrée par l'observation de TEMINE qui soulève l'hypothèse de l'existence de noevi "invisibles ou sous-cutanés" car chez son malade, il semble qu'il n'y ait pas eu de neovus préexistant à la tumeur maligne. Le mélade était affirmatif et, de plus, aucune trace de noevus du cuir chevelu n'était retrouvée dans les dossiers du patient, dans les différents services où il a été longuement observé à l'occasion de son hyperthyroïose maligne.

De même, nous avons vu la fréquence des noevi non pigmentaires au cuir chevelu, mais cela ne doit pas être un facteur d'optimisme.

Nous retrouvons là , comme ailleurs, trois types de dégénérescence :

- spontanée, d'un mélanome jusqu'alors quiescent,
- provoquée par . un traumatisme accidentel,
 - . une irritation fréquente,
 - . un traumatisme chirurgical ;
- d'emblée.

Sur un noevus préexistant, certaines signes peuvent faire craindre une dégénérescence :

- l'accroissement brusque de taille, de volume,
- l'apparition d'une aréole inflammatoire,
- l'accentuation de la pigmentation, beaucoup plus rare au cuir chevelu que sur le reste du corps,
- l'intumescence,
- l'adénopathie satellite plus ou moins précoce.

Mais ce qui caractérise les noeovocarcinomes du cuir chevelu, c'est leur aspect polymorphe et perfide. Les proliférations noeviques du cuir chevelu sont souvent villeuses, en chou-fleur, peu pigmentées, roses ou blanches, macérées, croûteuses et fétides. On les confond avec des papillomes, des pendulum infectés. Dans les observations précédentes, il y a trois erreurs diagnostiques cliniques :

- . un pendulum infecté,
- . une loupe,
- . un botriomycome.

Cette diversité d'aspect des noevo-carcinomes du cuir chevelu est très importante à signaler et doit conduire à une grande prudence en ce qui concerne les tumeurs du cuir chevelu, commandant une exérèse au large, de toute lésion et un examen histologique systématique.

LES CARACTERES HISTOLOGIQUES sont identiques à ceux que l'on observe pour tous les noeovocarcinomes.

- au début : les lésions siègent surtout au voisinage de la zone de jonction dermo-épidermique. L'épiderme contient de grosses cellules claires; qui peuvent lui donner un aspect vacuolaire ; il peut exister de véritables thèques intra-épidermiques. Les cellules claires et les cellules noeviques paraissent déjà atypiques avec, parfois, des mitoses. Le derme superficiel est envahi par un infiltrat inflammatoire dense où l'on rencontre de nombreux chromatophores et des cellules noeviques tumorales.

- à un stade plus avancé, l'épiderme peut paraître plus disloqué par l'invasion de cellules tumorales, annonçant l'ulcération. La zone de jonction est le siège d'une activité intense avec de grosses cellules noeviques où l'on observe des mitoses plus ou moins nombreuses. Les cellules subissent une migration aussi bien en surface qu'en profondeur. Le derme est envahi par l'infiltration tumorale allant jusqu'au tissu sous-cutané.

Les cellules tumorales se distinguent des cellules noeviques normales par :

- . leur taille, elles sont 2 à 3 fois plus grandes,
- . leurs atypies nucléaires avec gros nucléoles anormaux.

Les cellules contiennent de la mélanine en quantité variable.

L'EVOLUTION :

Elle suit les mêmes étapes que pour les autres localisations : métastases ganglionnaires, généralisation, atteintes viscérales, osseuses et mort en quelques mois. Mais les nevocarcinomes du cuir chevelu sont parfois doués d'une extraordinaire malignité, comme en témoigne l'observation de DIOSINI.

Au stade de nevocarcinome, le seul traitement est chirurgical sous anesthésie locale (en piquant loin de la tumeur) ou générale, bien au large (à 4 cm. des bords de la lésion), suivie le plus souvent de greffe et le tout confié à un chirurgien compétent et connaissant bien la question. Le curage ganglionnaire sera systématique même si les ganglions ne sont pas pris cliniquement, sachant que l'atteinte histologique est souvent plus précoce.

Opéré très tôt, au stade local, on peut espérer un bon résultat mais malheureusement, l'intervention n'est faite souvent qu'à un stade plus avancé, et l'évolution est inexorable, entraînant la mort en quelques mois.



EN CONCLUSION :

Il est intéressant de souligner que le mélanome du cuir chevelu ne le cède en rien, en malignité, aux autres localisations. En effet, on avait cru longtemps, de bonne foi, qu'il y avait un contraste évolutif entre les mélanomes des extrémités des membres et les mélanomes de l'extrémité céphalique.

Tout le monde s'accorde pour reconnaître l'extrême gravité habituelle des mélanomes, aussi bien du membre supérieur que du membre inférieur et certaines localisations, telle que le talon, ont le triste privilège d'un pronostic quasi-fatal.

Mais, à l'inverse, on admettait volontiers que l'extrémité céphalique constituait en quelque sorte un argument favorable pour le pronostic. Les observations ci-dessus montrent la vanité de cette distinction.

LE SYRINGOCYSTADENOME DE WERTHER

O U

5 (1913)

HIDRADENOME VERRUQUEUX FISTULO-VEGETANT

(DARIER)

C'est une lésion devenue classique.

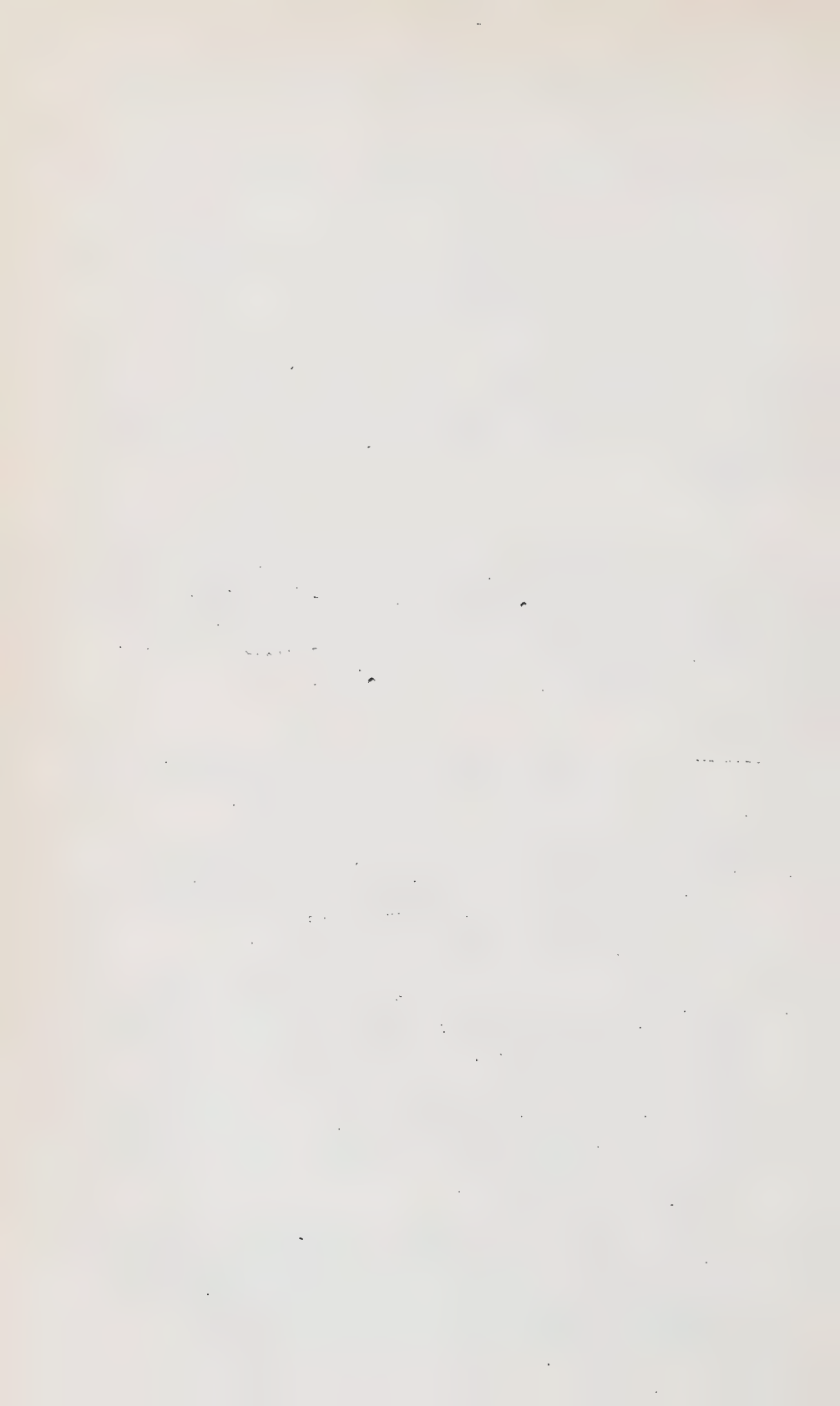
Les zones d'élection sont le cou, les aisselles, les régions génito-inguinales, le cuir chevelu. Pour ce dernier, sa fréquence varie selon les auteurs : rare pour DESAUX et CIVATTE, il siègerait au cuir chevelu dans la moitié des cas pour HELWIG et HACHNEY.

Il est constitué par de petites saillies hémisphériques rosées, translucides, rappelant le molluscum contagiosum du fait de leur dépression centrale. Celle-ci est occupée par une minuscule fistule qui donne issue à un liquide clair. Parfois, l'affection prend l'aspect d'une plaque verruqueuse ou celui d'une tumeur végétante, criblée de croûtes.

LE DIAGNOSTIC :

Il est rarement fait cliniquement ou peut être fait en excès comme nous le montrent ces quelques cas :

- WILBERT SACHS, en 1937, publie 5 cas. Sur ces 5 cas, un seul avait été diagnostiqué cliniquement. Les autres avaient été pris pour un noevus verruqueux, un "cyst" sébacé, un fibrome, un épithélioma "prickele cell".
- En 1958, CASTELLO publie un cas où un noevus syringo-adénomatosus papillifère du cuir chevelu avait été pris cliniquement pour un kyste sébacé. Il s'agissait d'une tumeur occipitale datant de plusieurs années chez un homme de 44 ans : tumeur adhérente, à peau lisse et normale avec des cheveux; à l'ouverture de la tumeur, il s'écoula un liquide jaune huileux et à l'histologie, on trouva un noevus syringo-adénomateux papillifère.
- Dans le sens contraire, nous avons eu l'occasion de voir, chez une femme, une tumeur datant d'un an, hémisphérique, rétro-auriculaire, gauche, du cuir chevelu, lisse, dont la pression faisait sourdre un liquide fluide par un petit pertuis.



Cliniquement, le diagnostic d'hydradénome avait été porté mais l'histologie montra un épi sudoripare annexiel avec une prolifération spino-cellulaire.

Le diagnostic clinique peut être également difficile avec les molluscum contagiosum.

Cette difficulté diagnostique peut expliquer la rareté de cette lésion: rareté qui ne serait qu'apparente, des cas ayant pu passer inaperçus, l'histologie n'était pas toujours faite après l'ablation des tumeurs du cuir chevelu d'apparence banales (genre molluscum, noevus verruqueux).

C'est dire l'importance de l'EXAMEN HISTOLOGIQUE qui lui, par contre, est caractéristique :

- la tumeur peut occuper tout le derme. Les glandes sudoripares sont dilatées et les conduits plus ou moins kystiques. Leur lumière est occupée par de petites villosités. La bordure est représentée par deux couches cellulaires : l'externe, épithéliale, l'interne, sécrétante, pareilles à celles des tubes sudorifères
- en dehors de la néoformation épithéliale, il existerait encore dans cette tumeur un deuxième point intéressant sur lequel insistent certains auteurs (PERCIVAL, WILBERT SACHS) : c'est l'infiltrat de cellules plasmatiques, limité presque uniquement au 1/3 supérieur du derme, au niveau des kystes et du réseau sudorifère. Les cellules plasmatiques sont disposées en des groupes très nets et bien circonscrits dans les interstices découpés du réseau. Dans le derme moyen, ils sont distribués en des amas péri-vasculaires peu fréquents.

Le rôle et l'origine de l'infiltrat plasmocytaire sont obscurs :

- Pour WILBERT SACHS, il semble d'origine inflammatoire,
- Pour PERCIVAL, il semble une partie essentielle de la tumeur plutôt qu'un fait secondaire occasionné par un traumatisme d'origine externe.
- On a décrit la présence de cellules noeviques mélaniques entre les cellules plasmatiques ?

Contrairement au noevus sébacé, aucun cas de dégénérescence d'hydradénome en épi baso ou spino n'a été signalée.

Par contre, l'association à un noevus sébacé ne semble pas rare et nous reviendrons longuement sur ce sujet.

Cette génodermatose à début assez souvent tardif a été quelquefois héréditaire en ligne directe.

Le seul traitement est l'exérèse chirurgicale.

CHAPITRE QUATRIÈME

NOEVUS SÉBACÉ DE JADASSOHN

Le noevus sébacé de JADASSOHN est une variété assez spéciale, se localisant électivement à l'hémiface et au cuir chevelu, assez fréquent dans la littérature germanique, moins fréquent en France, bien que ces dernières années quelques cas ont été publiés.

HISTORIQUE :

En 1895, JADASSOHN décrit ce nouveau type de néoformation de type noevoïde, composée en partie ou en totalité de glandes sébacées.

En 1898, OPPENHEIMER MERKLIN y consacre sa thèse au sujet de deux noevus sébacés du front.

Et en 1903, AUDRY est le premier français à en parler.

A partir de 1929, les observations deviennent plus fréquentes et quand en 1932 PAUTRIER en publie 6 cas personnels, il avait rassemblé 35 observations dans la littérature.

Depuis, des observations ont été publiées par DÖRFEL, GRUND, SAVATARD, PARKIN, MARCUS, CASTELAIN pour la fréquence de formes mixtes ; l'hyperplasie des glandes sébacées n'était pas toujours isolée. Mais nous reviendrons sur ce sujet dans un autre chapitre consacré à cette étude. Nous-mêmes en avons observé 4 cas ces trois dernières années.

- quelques cas familiaux dans une fratrie (TAPPEINER, BLOOM) font penser au rôle possible de l'hérédité ;
- l'origine congénitale le prédomine largement. Le plus souvent, la lésion est constatée à la naissance ou dans les premières semaines ; parfois, ce n'est que vers 5, 6, 8 ans (ou même parfois on ne peut faire préciser la date d'apparition).

CLINIQUE :

C'est une lésion indolore, non prurigineuse, plus ou moins gênante suivant le siège et l'étendue de la déglabration. C'est ce qui explique que les malades ne se décident à consulter que quelques années après la découverte parce que la lésion est l'occasion d'une légère gêne ou qu'elle peut être écorchée par le peigne ou les ciseaux.

Le siège le plus fréquent est le cuir chevelu dans les régions pariétales, tandis que les régions frontales et occipitales sont indemnes.

La lésion mesure 2, 3, 5 cm. de diamètre, atteignant rarement de grandes dimensions.

De forme parfois vaguement arrondie, elle se présente le plus souvent avec des contours irréguliers ou en simple bandelette de 2 à 3 cm. de long, sur 0,3 cm. de large.

Les bords sont bien limités, mais non rectilignes, sinueux, festonnés, un peu déchiquetés avec de petites sinuosités et des découpures.

Sa surface est légèrement bosselée, surélevée de 2 à 3 mm., formée par une série de petites nodosités séparées par des sillons extrêmement superficiels donnant à l'ensemble un aspect rappelant légèrement "celui d'une mosaïque". Ces détails sont parfois masqués par un léger enduit squame-corné, assez mince.

Sa couleur est assez particulière, souvent rose jaunâtre, rappelant celle d'un xanthème.

Au palper, elles sont souvent fermes, assez consistantes, parfois un peu pâteuses, mollasses, parfois légèrement scléreuses. La pression peut faire sourdre un peu de sébum.

Les cheveux, en général, sont très raréfiés et parfois font défaut complètement. Parfois, il persiste par places des cheveux serrés et de longueur normale.

Ces lésions sont mobiles sur les plans sous-jacents.

Elles semblent ne s'étendre depuis la naissance ou le jeune âge, date de leur apparition, que proportionnellement à l'accroissement général du sujet et de ses téguments, mais non pas pour leur propre compte.

L'apparition secondaire d'une lésion surajoutée semble assez fréquente (épithélioma, hydradénome, papillome ...) et nous en reparlerons en détail plus loin.

DE L'ETUDE CLINIQUE DE NOS OBSERVATIONS, NOUS POUVONS RETENIR :

- que 3 cas sur 4 sont de jeunes bébés (un petit garçon B... de 2 mois, Frédéric L... de 3 mois, Brigitte F... de 3 mois, Laure H... de 8 ans) ;
- la découverte de la lésion dès la naissance ;
- le siège pariéto-temporal ;
- l'aspect déglabré ;
- la couleur jaune chamois ;
- les dimensions de 2 à 3 cm. ;
- la surface un peu mamelonnée.

Nous n'avons pas retrouvé de cas familiaux, ni de suintement à la pression entre deux doigts.

Il est très rare que le DIAGNOSTIC CLINIQUE exact de noevus sébacé soit porté du premier coup. Le plus souvent, on a conclu à une atrophie congénitale des follicules pileux et si l'enfant est né par forceps, on ne manque pas d'incriminer ce traumatisme et de considérer la plaque comme cicatricielle. D'ailleurs, l'expérience de nos 4 cas nous a montré que ces noevi présentent une certaine évolution. Chez l'enfant qui vient de naître, on voit surtout une plaque alopécique, un peu ivoirine, qu'on pourrait presque comparer à une morphee; puis, chez l'enfant plus grand, la surface devient de plus en plus mamelonnée du fait de l'accroissement progressif des lobules sébacés.

Par contre, le DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE est évident. On est frappé d'emblée par une énorme hyperplasie de formations glandulaires à type sébacé;

- l'épithélium est légèrement végétant et acanthosique ou aplati et dépourvu de prolongements papillaires ;
- la structure histologique des glandes est, le plus souvent, normale si ce n'étaient leurs dimensions augmentées ;
- la plupart des cellules sébacées conservent leur noyau sauf parfois au centre (début de dégénérescence kystique) ;
- parfois, la glande s'ouvre à la peau par un ostium folliculaire élargi plus ou moins rempli de squames cornées et de sébum, mais, le plus souvent, il n'y a pas de conduit excréteur ;
- le derme est normal, parfois une légère inflammation et un infiltrat discret de lymphocytes, de plasmocytes, d'histiocytes ;
- les follicules pileux sont très raréfiés, parfois absents ;
- enfin, en profondeur, on peut retrouver des glandes sudoripares eccrines et apocrines ; en dehors de leurs territoires normaux.

CHAPITRE CINQUIEME

NOEVI MIXTES

Comme nous le disions précédemment, le noevus sébacé associé à une autre lésion ne semble pas une rareté et nous commencerons par citer les observations parues sur ce sujet :

1.- BERGMANN, en 1913, publie 2 cas de noevus sébacé associé à des cornes cutanées.

2.- CASTELAIN (1959) 2 cas de noevus sébacé associé à un papillome :

a.- garçon de 14 ans, qui présente une lésion congénitale du cuir chevelu, pariétale gauche, ressemblant à un noevus sébacé. Depuis 4 mois, apparition d'une lésion papillomateuse dont l'évolution inquiète les parents et amène à consulter. Le papillome d'aspect banal ne présente aucun caractère d'induration, ne saigne pas; pas de signe subjectif.

A l'histologie, on trouve, dans les 2/3 périphériques, un noevus sébacé typique et dans le centre un papillome : prolifération épidermique d'architecture papillomateuse sans mitose anormale ni atypie nucléaire. Dans le derme moyen, hyperplasie sébacée, glandes apocrines et de nombreux cheveux.

b.- Jeune femme de 31 ans, présentant une plaque congénitale rétro-auriculaire gauche avec apparition depuis 5 ans d'une "petite verrue". A l'histologie, association d'un noevus sébacé et d'un papillome.

3.- Un noevus sébacé associé à un épi baso-cellulaire a été publié par :

- GERVAZZI, en 1908
- ROBINSON en 1936
- PERCIVAL en 1947,
- PAUTRIER en 1937. Cas sur lequel nous reviendrons ensuite, car c'était un cas encore plus complexe.

4.- PARKIN, (1950) cite deux cas de noevus sébacé avec épithélioma à cellules squameuses, chez deux petites filles de 2 ans $\frac{1}{2}$ et 2 ans $\frac{3}{4}$.

a.- l'une se présentait comme une lésion rectangulaire faite de papules un peu ombiliquées et jaunes. Au sommet, apparition d'un nodule de la taille d'une lentille ,

A l'histologie, tableau de noevus sébacé associé à un nodule : hyperkératose et invasion du chorion per épiderme acanthosique. Une partie montra des nids de cellules épithéliales typiques. Il y a une infiltration profuse à cellules rondes autour de toute la lésion;

b.- l'autre identique avec une lésion découverte à la naissance et formation d'un nodule à 2 ans.

5.- SAVATARD, en 1941, publie un cas de noevus sébacé associé à un épithélioma sébacé.

Une même observation avait été publiée par PAUTRIER, en 1947, dans un très beau cas associant 3 lésions : noevus sébacé, épi sébacé et épi baso. Nous donnerons quelques détails de cette belle observation qui est une des premières à insister sur cette question de noevi mixtes.

Observation : Mme N... Madeleine , 43 ans, venue en consultation pour un vaste noevus sébacé pariétal droit qui s'est infecté après un traumatisme. Rien dans les antécédents personnels ou familiaux. Il s'agissait d'une lésion congénitale, la mère l'ayant remarquée les premières heures après la naissance. Ultérieurement, la malade a du toujours cacher cette lésion alopédique avec une mèche de cheveux. Depuis, la lésion ne s'est guère accusée, à part l'agrandissement avec la croissance générale. La lésion a toujours été dépourvue de cheveux.

Un an avant la date de la consultation, la malade s'est cogné la tête contre une surface aiguë et dit que depuis ce temps-là , le centre de la lésion devint bourgeonnant, pour se recouvrir d'une croûte. De temps en temps, par suite de traumatisme avec le peigne ou lavages de tête, la croûte fut arrachée en provoquant un petit saignement. Mais en ce qui concerne les bords de la lésion, il n'y a aucune modification depuis longtemps et la dimension du placard reste stationnaire.

Cliniquement, à l'examen, on voit une vaste lésion portant deux petites nodosités excoriées, donnant l'impression de bourgeons charnus.

PAUTRIER donne, dans les annales, une très belle photo de la coupe et la décrit ainsi :

"- sur le bord gauche, un noevus sébacé typique. A mesure
"qu'on se dirige vers la droite, on commence à voir apparaître
"un infiltrat lymphoplasmocytaire qui augmente peu à peu
"d'abondance et dont la signification en tant que véritable
"stroma réaction apparaît à mesure que l'on découvre les
"premières fonctions épithéliomateuses.

"- toute la partie centrale de la coupe est occupée en effet
"par un énorme nodule d'épi sébacé typique. Celui-ci repré-
"sente le type le plus démonstratif de l'épi sébacé de par
"son point de départ, son mode d'évolution et de prolifération,
"son architecture, sa cytologie.

"- au sortir de l'épi sébacé, on rencontre une nouvelle plage
"de stroma réaction lymphoplasmocytaire, puis, assez rapidement,
"un autre gros nodule épithéliomateux, baso-cellulaire.

"- au-delà, on retrouve encore le noevus sébacé.

6.- Enfin, nous avons retrouvé 4 cas de noevus sébacé associé
à un syringo-cystadénome :

a.- PERCIVAL, en 1947, publie un cas mixte sans en donner
l'étude clinique. Il dit que "les aspects individuels des
deux tumeurs étaient nettement séparés, la partie sudori-
pare ne montrant aucun élément sébacé et la partie sébacée,
bien qu'on y trouve des kystes sudorifères dans le derme
moyen, ne montrant ni réseau sudorifère, ni infiltrat
de cellules plasmocytaires."

b.- GRUND (1948) en publie un autre cas.

c.- MORRIS et MARCUS publient un cas siégeant non pas au
cuir chevelu, mais à la joue, mais qu'il nous semble
intéressant de rapporter :

- une petite fille de 8 ans présentait à la naissance
une lésion. A 4 ans, un médecin électrocoagule une partie
de la lésion. Depuis cette intervention, s'agitement plus
ou moins continu d'un liquide laiteux. A l'histologie,
on trouve un noevus sébacé et un hydradénome.

d.- CASTELAIN, en 1959, en même temps que ces 2 cas associés à un papillome, publie une autre observation; jeune fille de 20 ans, présentant depuis la naissance une plaque congénitale (signalée par la sage-femme) syncipitale de 2 cm. de diamètre, et dont l'aspect en était celui d'un noevus sébacé. Toutefois, l'apparition, depuis 5 ans, dans la partie centrale de la lésion, d'un petit chou-fleur dont le volume tend à augmenter, inquiète cette jeune fille. Cette lésion surajoutée est rougeâtre, molle à la palpation, d'aspect papillomateux.

A l'examen histologique, les lésions sont complexes :

- = une grande étendue montre des glandes sébacées hyperplasiques souvent dépourvues de canal excréteur, sans relation avec un follicule pileux. Un infiltrat lymphomonocytaire dense siège autour.
- = le derme profond est occupé par de très nombreuses glandes sudoripares de type apocrine. Pas de réaction inflammatoire.
- = au milieu, l'épiderme s'interrompt. On observe de nombreuses invaginations épithéliales, sous forme de canaux et de tubules présentant quelques dilatations kystiques et à parfois à double rangée de cellules.
- = le derme sous-jacent à cette néoformation est occupé par des glandes apocrines. Pas de formation sébacée mais de nombreux cheveux en coupes.

Que retenir de ces observations ?

- la relative fréquence de noevus sébacé associé à une autre lésion ;
- la diversité de cette lésion ;
- la lésion première étant le noevus sébacé et les autres se greffant dessus ;
- le noevus sébacé existe presque toujours à la naissance et la lésion secondaire apparaît souvent après un traumatisme ;
- la dégénérescence possible en épi baso ou spino contrairement à l'hiradénome pour lequel on ne connaît pas de cas de dégénérescence ;

- de cette dernière découle l'intérêt de traiter tout noevus sébacé par une exérèse chirurgicale pour éviter toute complication ;
- la coexistence de deux lésions bien distinctes cliniquement et histologiquement.

PAUTRIER, ROBINSON, F. KOCH avaient remarqué la présence de glandes apocrines hors de leurs territoires normaux, en profondeur d'un noevus sébacé ; KOCH pensait : "que comme les glandes sébacées , elles provenaient du germe épithélial primaire des annexes pilaires donc d'une partie de l'épiderme déjà hautement différencié. Ces germes épithéliaux primaires anormaux dont le noevus est né ont pu se développer dans plusieurs directions, donnant des glandes sébacées aussi bien que des glandes apocrines."

De même, pour CASTELAIN : "la coexistence de lésions aussi diverses ne peut s'expliquer que par une interprétation dysymétrique de l'origine de ces tumeurs, en admettant leur formation à partir d'un germe épithélial primaire capable d'évoluer en donnant les différenciations cellulaires les plus diverses".

CHAPITRE CINQUIÈME

NOEVUS VERRUQUEUX

Le noevus verruqueux est un noevus relativement fréquent, pouvant siéger n'importe où sur le corps et au cuir chevelu où il va présenter des caractères particuliers sur lesquels nous voudrions insister.

I. - NOUS RAPPELERONS D'ABORD LES CARACTÈRES COMMUNS

À CES NOEVI QUELQUE SOIT LE SIÈGE

- ils forment des élevures grises ou brunes, hyperkératosiques, fixes. Leur limite est nette ou émiettée. Leur surface est irrégulière, râpeuse, souvent sillonnée de scissures plus ou moins profondes. La couche kératosique est plus ou moins épaisse, dure, sèche. Elle peut être absente sur certains éléments qui ont alors un aspect lisse et brillant;
- ils se disposent en taches plus ou moins arrondies ou en bande rectiligne;
- l'évolution est indéfinie. Apparu à la naissance ou dans la première enfance, il peut s'accroître, devenir papillomateux, mais ne dégénère qu'exceptionnellement ;
- à l'occasion d'un traumatisme, ils peuvent présenter quelques signes inflammatoires et s'accompagner de prurit;
- histologiquement, le noevus verruqueux est constitué par une hyperacanthose, par un aspect inflammatoire du derme avec des altérations vasculaires. Il n'existe qu'exceptionnellement des cellules noevisques ce qui explique l'absence de transformation maligne.

11.- AU CUIR CHEVELU

En dehors de ces caractères communs aux noevus verruqueux, il faut faire une place à part au noevus du cuir chevelu, DUPERRAT insiste sur ce sujet et dit dans son Précis de Dermatologie : "les noevi verruqueux du cuir chevelu sont d'abord précédés par une petite plaque d'alopecie congénitale, prise à tort pour une cicatrice ou une pelade. Cette petite plaque est lisse, de coloration ivoirine. Puis, brusquement, après une fièvre éruptive par exemple, cette plaque se hérisse de petites végétations cornées plus ou moins volumineuses".

Pour illustrer cela, nous relaterons quelques observations :

- 1.- Marie-Claire A..., âgée de 13 ans, présentait une plaque alopecique à la naissance, ayant grandi avec l'enfant au début, puis stable depuis quelques années. A 12 ans, apparition sur cette plaque de 2,2 x 2,5 cm.; de saillies verruqueuses plus ou moins pédiculées, à surface irrégulière, faisant porter le diagnostic de noevus verruqueux.
- 2.- Pascal B... Vu à 7 mois, dans le service, pour une plaque alopecique de la grandeur d'une pièce de 5 francs, circulaire, occipitopariétale droite, apparue à la naissance.

Revu à 9 mois, la plaque présentait en son centre une nappe légèrement verruqueuse, saillante, entourée de quelques papules. A la vitro-pression, le centre apparaissait brun jaunâtre.
- 3.- Jean S... En 1953, à la naissance, lésion unique sous forme d'une plaque d'alopecie, occipito-pariétale, droite, de 1 cm2
En Janvier 1958, apparition d'une papule squameuse, non prurigineuse et agrandissement de la plaque (2 cm. x 2 cm.) Formation d'un noevus verruqueux en quelques mois.
- 4.- Michèle C... Jeune fille de 14 ans, envoyée par le Docteur BRIEL pour un noevus du cuir chevelu, datant de la naissance et ayant évolué en trois temps :
 - 1.- de la naissance à 3 ans : alopecie isolée de 1 cm. de diamètre ;
 - 2.- de 3 à 13 ans, végétations planes,
 - 3.- à 13 ans, végétation verruqueuse.

A l'examen, on trouvait :

- = sur une petite plaque presque plane à peine pigmentée,
- = un petit bourgeon saillant, à surface papillomateuse, légèrement excoriée par le grattage,
- = à consistance assez ferme,
- = à base souple,
- = léger prurit , pas de signe inflammatoire.

A noter qu'au stade de noevus plan, un médecin l'avait soignée pour pelade.

L'histologie a confirmé le diagnostic de noevus verruqueux enflammé sans aucun signe de malignité.

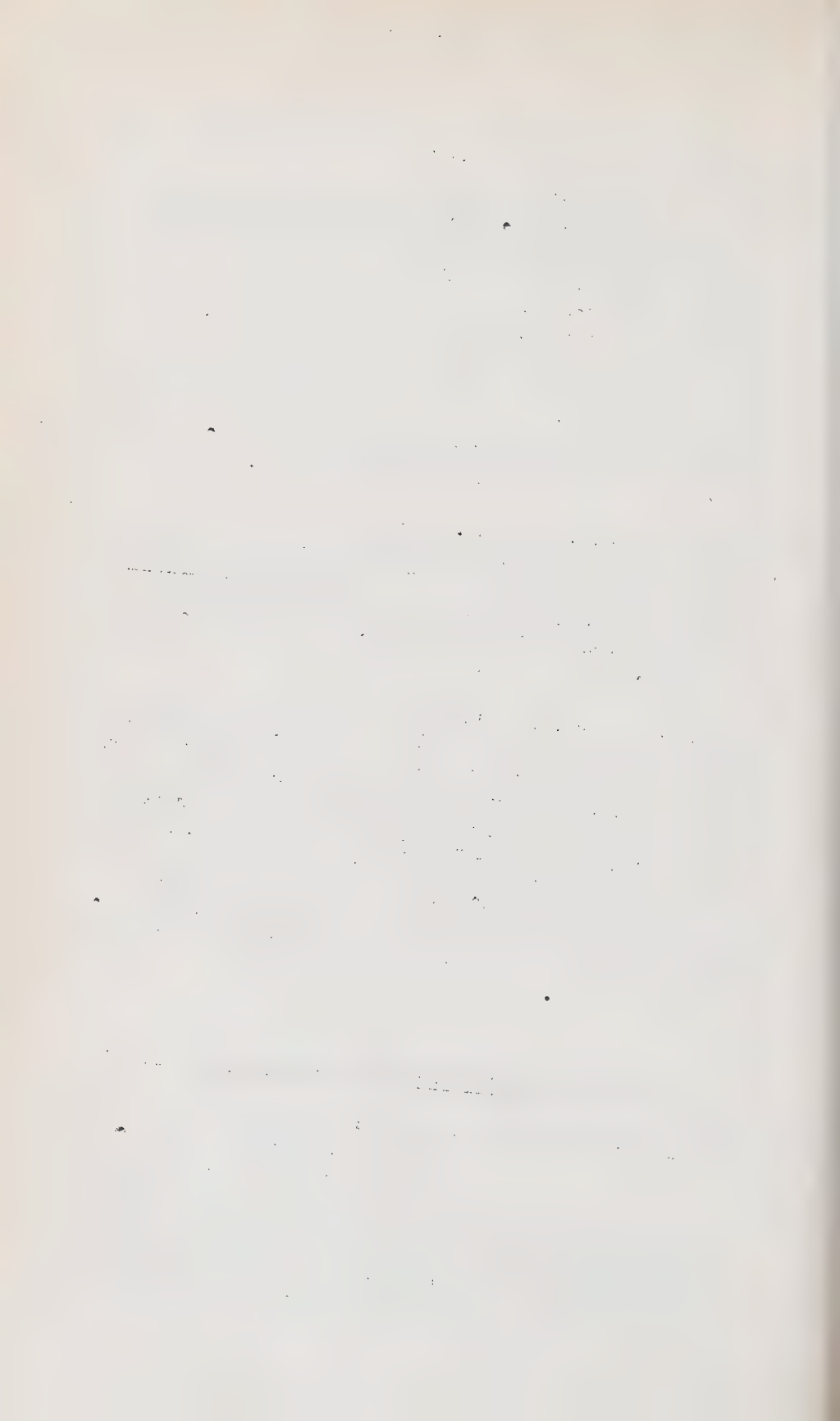
5.- David AZ..., 48 ans. Noevus congénital du cuir chevelu, un peu surélevé, croûteux, discrètement verruqueux, disposé en deux plaques contiguës sur une base alopécique cicatricielle , fréquemment irrité, semble avoir subi depuis 1-2 ans des poussées inflammatoires. L'histologie montre un noevus verruqueux enflammé par le grattage.

6.- Jeanne JA... A l'âge de deux mois, on remarque une plaque d'alopécie unique pariétale droite. Puis apparition successive d'une nappe verruqueuse sur cette plaque d'alopécie et extension de ce noevus à la région cervicale, à la narine droite. Pied bot remarqué à 2 ans et asymétrie thoracique. Il s'agit d'une enfant qui travaille bien à l'école, surtout en arithmétique, d'une grande sensibilité. Examen ophtalmologique et radios du crâne normaux. Il semble s'agir d'un noevus systématisé entrant dans le cadre de la polykératose de TOURAINE. L'examen histologique n'a pas montré de cellule noevique.

DE CES OBSERVATIONS, NOUS RETIENDRONS :

- 1.- L'évolution en 3 stades :
- . stade d'alopécie,
 - . stade de végétation plane,
 - . stade de végétation verruqueuse.

Le deuxième stade ayant été rarement remarqué par les parents qui ne viennent consulter qu'au stade de végétation verruqueuse. L'observation de la jeune Michèle C... qui a été suivie très tôt, met bien en évidence ces 3 stades.



- 2.- L'apparition à la naissance ou dans les premières semaines de la vie.
- 3.- La déglabration ;
- 4.- Une tendance infime à s'étendre en surface ;
- 5.- L'absence de cellule noeuve et en décollant, l'absence de transformation maligne ;
- 6.- mais l'apparition de signes inflammatoires et de prurit après des traumatismes répétés. Il y a donc intérêt à en faire l'exérèse, et l'exérèse assez large pour éviter les récidives. La cicatrice sera alopécique.
- 7.- Au stade alopécique, l'inutilité et l'inefficacité d'un traitement antipeladique (par erreur diagnostique).

TUMEUR DE PONCET SPIEGLER

- ou cylindrome de BILROTH,
- ou tumeur turban de RONCHESE,
- ou tumeur tomate,
- ou noeuvus épithélio-cylindromateux.

C'est une affection curieuse, assez rare, siégeant presque exclusivement au cuir chevelu.

Un des premiers cas fut décrit en France par PONCET (1890) puis étudié par BARD, AUDRY. La publication de SPIEGLER est de 1899. L'étude en fut reprise par DUBREUILH et ANDRE.

Son siège est le vertex et les régions limitrophes (front, tempes).

Elle débute rarement dans l'enfance, presque toujours assez tard dans la vie (23 % de 15 à 20 ans - 29 % de 21 à 30 ans - 21 % de 31 à 40 ans).

Elle serait plus fréquente chez les femmes.

CLINIQUEMENT :

C'est une masse glabre, de la taille d'un marron ou d'une orange, bosselée, lisse, violacée, ferme et élastique, posée sur le cuir chevelu, rarement unique, presque toujours multiple, réalisant "le cuir chevelu marronné". Parfois, la masse s'étale en "turban" suivant l'expression imagée de RONCHESE, turban qui déborde sur le front, le recouvrant à $\frac{1}{2}$, d'autres tumeurs plus petites, de la taille d'un pois, se dispersent sur la face et le cou. Parfois, le sujet est porteur d'une typique adénomatose sébacée symétrique.

Il existe parfois un caractère héréditaire et familial. Une observation de SCHUERMAN en signale 9 cas sur 4 générations, celle de LUGER 8 cas en 4 générations.

L'EVOLUTION :

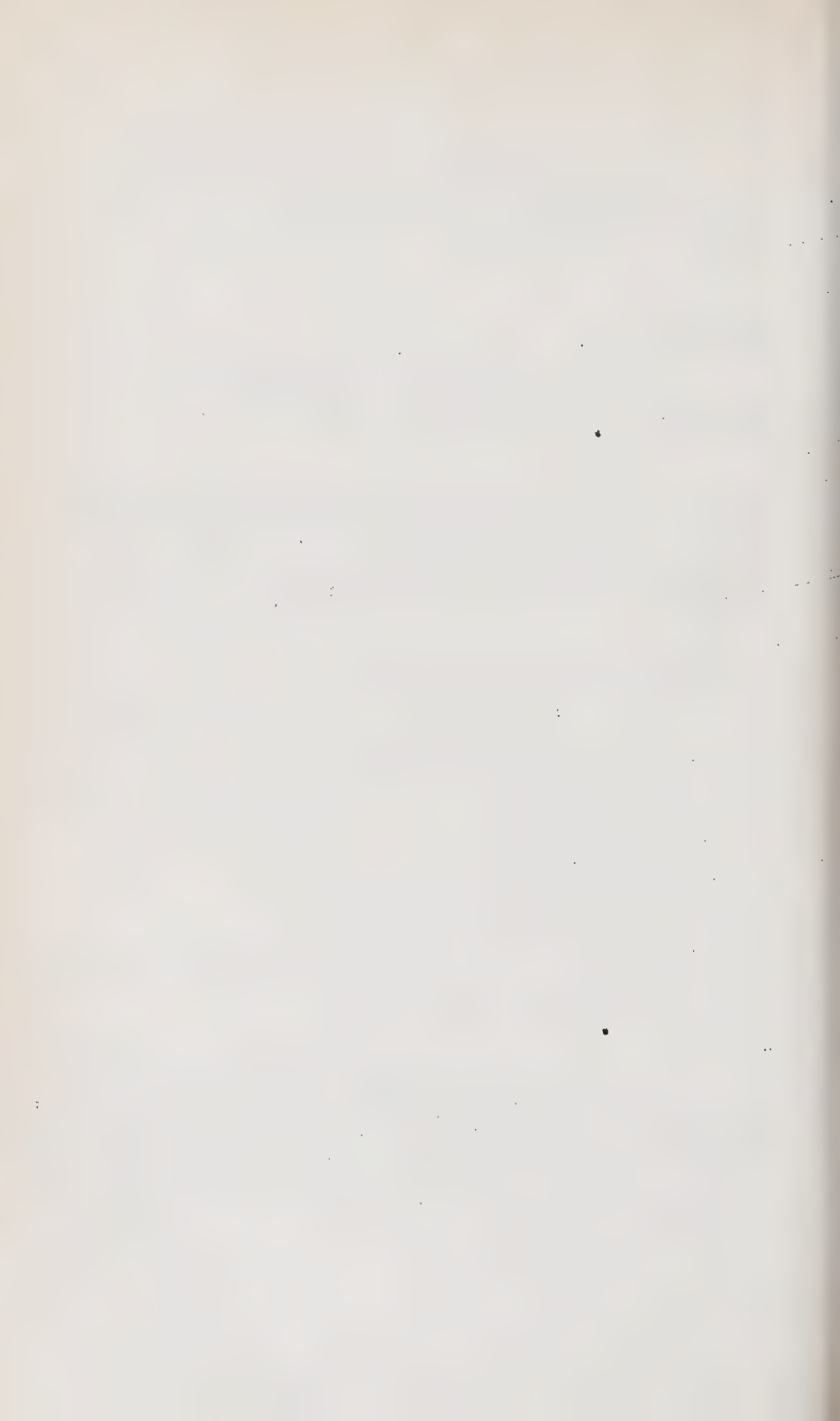
Est d'une persistance indéfinie. La résorption cutanée l'ulcération sont très rares. Les tumeurs excisées se reproduisent quand l'ablation n'a pas été assez large.

La transformation maligne a été signalée. Un cas de SPIEGLER. et de HASLUND se serait terminé par la généralisation et la mort. CIVATTE a vu une de ces tumeurs, unique du dos (ne rentrant pas dans le cadre clinique des tumeurs en turban, mais identique au point de vue histologique) en partie cancérisée.

LA STRUCTURE HISTOLOGIQUE est complexe et bien schématisée par DUPERRAT, comportant :

- 1.- des masses lobulées compactes dont on discute la nature épithéliales ou myoépithéliales ;
- 2.- des cavités kystiques entourées par une palissade de hautes cellules sécrétantes ;
- 3.- des ébauches pilaires ;
- 4.- des amas de cristaux d'acide gras,
- 5.- des kystes hématiques,
- 6.- des cloisons hyalines (MAC MANUS +, encapsulant la tumeur et la lobulant) (BRAUN, FALCO).

L'interprétation est encore discutée quant à la nature sébacée, sudorale ou pilaire ? Pour Lever, il s'agit "d'hamartomes suborganoïdes" ; pour BALAJ, SCHUERMAN, WEBER, il s'agit d'une tumeur sudorale apocrine. Enfin, d'autres auteurs ne tranchent pas et parlent de formations mésoenchymateuses développées très vraisemblablement aux dépens des annexes de la peau.



LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL cliniquement peut être parfois délicat avec les loupes, surtout dans les formes constituées par quelques tumeurs dispersées et isolées.

Les Poncet Spiegler sont à différencier d'un épithélioma baso-cellulaire "en dégénérescence cylindromateuse" en se fondant sur l'âge d'apparition de la lésion et surtout sur la petite taille et le petit nombre des cavités et l'importance de la vitrée.

En fait, le diagnostic peut être difficile dans des cas exceptionnels, soit que le cylindre s'ulcère et présente une dégénérescence baso-cellulaire, soit qu'il s'agisse de certains épithéliomas baso-cellulaires réalisant l'aspect en turban, ulcérés et suppurant, comme DEGOS l'a observé dans 3 cas.

Les tumeurs de Poncet-Spiegler, par leur siège et leur volume, constituent une gêne et une disgrâce et on comprend que les malades demandent à s'en débarrasser. Pour éviter les récurrences, on conseille non pas l'électrocoagulation de chaque tumeur, mais le scalpage de la totalité de la lésion, suivi de greffe. Cette méthode donnerait de très bons résultats définitifs.

CHAPITRE HUITIEME

LOUPES

Il est d'usage de ranger les loupes dans les kystes sébacés. La loupe est, en effet, une poche remplie de matière sébacée, mais elle diffère du banal kyste sébacé par son origine et son évolution.

Avant donc de parler des loupes, il nous semble bon de faire un bref rappel clinique et histologique des kystes sébacés vrais, afin de les différencier, puis nous parlerons des loupes en insistant tout particulièrement sur les erreurs diagnostiques.

LE KYSTE SÉBACÉ VRAI OU TANNÉ

- est fréquent au visage et au dos, est rare au niveau du cuir chevelu, où on ne le voit guère en dehors des cas de sébocystomatose étendue ;
- c'est une tumeur sous-épidermique, superficielle plus ou moins volumineuse, de consistance pâteuse ou même molle, présentant à son sommet, comme caractère distinctif, un orifice ombiliqué, parfois marqué par un point noir. L'expression du kyste donne issue par cet orifice à une matière grasse, blanc jaunâtre (sébum) d'odeur rance, qui s'évacue en un fin cylindre, comme le ferait "un tuçe de pommade";
- il est sujet à des poussées inflammatoires et la suppuration peut amener la guérison ;
- la tuméfaction est constituée par l'accumulation de matière sébacée derrière un ostium folliculaire oblitéré : c'est une complication de folliculite comédonienne.

D'après LEVER, le kyste sébacé a une paroi de cellules épidermiques qui ne possèdent pas de points d'union, et qui ne subissent pas de kératinisation. Beaucoup de ces cellules sont vacuolaires (cellules sébacées) . La couche périphérique des

cellules a une disposition palissadique qui ne s'observe jamais dans le kyste épidermique. Le kyste est rempli d'une substance amorphe provenant de la désintégration graduelle des cellules sébacées. Des dépôts de cholestérol et des cristaux de cholestérol peuvent être observés. La transformation en apithélioma est exceptionnelle : elle se ferait suivant le type basocellulaire.

Les kystes sébacés ne seraient ni héréditaires, ni familiaux.

LES LOUPES

Ce sont des kystes épidermiques siégeant surtout au cuir chevelu. Rarement unique, presque toujours en plus ou moins grand nombre, disséminés sur le cuir chevelu, elles forment des masses saillantes, régulièrement arrondies, de toutes dimensions jusqu'à celle d'un oeuf, fermes quand elles sont petites, plus tard, un peu fluctuantes, indolores, mobiles sur le crâne, mobiles ou adhérentes sur le cuir chevelu.

Celui-ci est normal et ne perd ses cheveux, par action mécanique, que sur les tumeurs volumineuses.

Quant au plan osseux, on a signalé des cas d'atteinte osseuse secondaire à une loupe. Il s'agit d'un de ces faits connus dans lesquels une tumeur enkystée ou un vaisseau marque sa place dans les parties du squelette sur lesquelles il s'appuie.

H. DUBOUCHER rapporte une observation de loupe, en arrière de la région rétro-mastoïdienne gauche : "Le fond du kyste est contenu dans une large cavité, creusée aux dépens de la voûte crânienne. Les parois de la géode osseuse sont irrégulières et la berge en est tranchante et hérissée de pointes acérées. Le fond de la cavité repose sur la table interne amincie, voire perforée en certains points. La radio montre une destruction osseuse à l'emporte-pièce correspondant à la cavité et une légère réaction périostique sur la table externe autour de la perte de substance osseuse".

Le contenu de la loupe est un liquide gras ou purée sébacée d'odeur butyrique.

Elles apparaissent rarement dans l'enfance ou l'adolescence, le plus souvent entre 20 et 30 ans et même plus tard.

La croissance est lente, la résorption inhabituelle.

Elles peuvent s'enflammer, suppurer, se fistuliser,

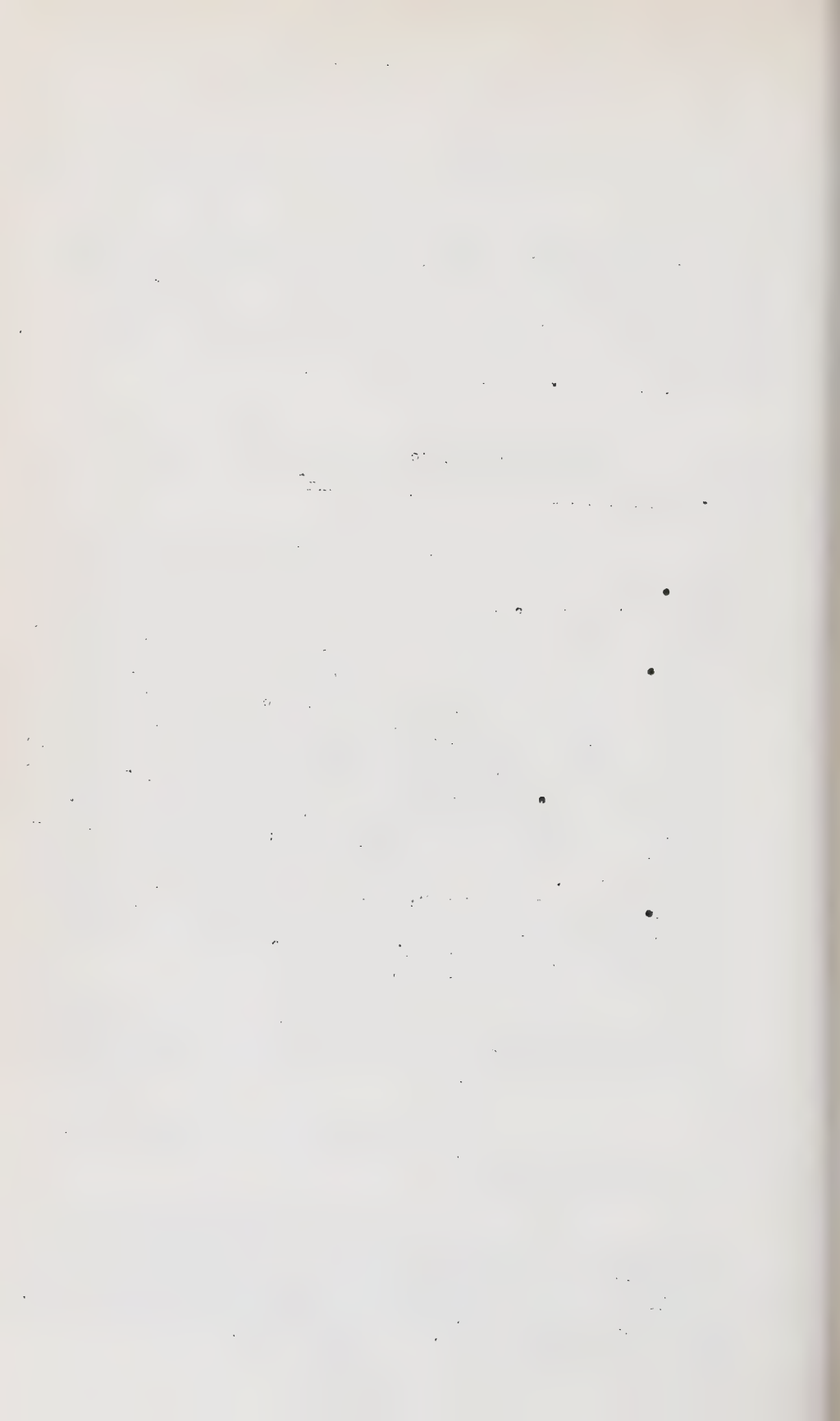
Elles sont souvent héréditaires (70 %) en dominance régulière ou irrégulière (SIEMENS)

A L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, d'après LEVER, la loupe a une paroi constituée par un épithélium normal avec couche cornée, couche granuleuse, cellules épineuses. Elle est remplie de kératine, souvent disposée en lamelles, qui peut secondairement subir une dégénérescence graisseuse ou même calcaire.

La transformation en épithélioma est très rare et se ferait suivant le type spino-cellulaire. Ces dernières années, différents auteurs insistent sur la possibilité de cette dégénérescence qui était jusqu'alors considérée comme exceptionnelle. DEGOS, KAUFMANN, CIVATTE et MOULY ont étudié les faits de dégénérescence des loupes en épi-spino, soit spontanément, soit après intervention. HADIDA a publié une étude de 280 épithéliomas comprenant 19 localisations au cuir chevelu. Il relève 5 épi-spino développés sur kyste épidermique du cuir chevelu.

L'INTERPRETATION de ces loupes est variable, mais le plus souvent, on les considère comme des noevi. Pour certains (CIVATTE), la loupe n'a aucun rapport de continuité avec le tégument de la surface. Il semble qu'il y ait eu une inclusion d'un fragment superficiel de la peau qui se serait détaché du reste ou qu'il y ait eu là un développement d'un germe hétérotopique. Ces deux hypothèses évoquent l'idée d'une malformation d'un noevus. Cette manière de voir est confirmée par le caractère familial de l'affection.

DARIER pense qu'il s'agit peut-être d'une ébauche de kyste dermoïde ou peut-être d'un épanouissement dans le sens de l'épiderme de surface d'un de ces bourgeons qui, d'autres fois, donnent naissance à l'adénome de BALZER ou au FONCET-SPIEGLER, à laquelle certaines loupes ressemblent beaucoup.



— CHAPITRE NEUVIEME —

NOEVUS CEREBRIFORME

DU

CUIR CHEVELU

Le noevus cérébriforme du cuir chevelu est une lésion particulière, due à l'extension lente, mais progressive, d'un noevus verruqueux étalé. C'est une lésion assez rare, TOURAINE en trouvait 30 cas typiques en 1944.

Il forme une nappe à bords nets et abrupts, faite de papillomes dermo-épidermiques, formes et élastiques, tassés les uns contre les autres ; en mosaïque de lobes ou de lobules dont l'aspect rappelle un peu la surface des "circonvolutions cérébrales". Cette nappe peut atteindre un diamètre de 10 à 20 cm. et quelque asymétrique, recouvrir un grand secteur ou même presque toute la surface du cuir chevelu en une sorte de béret.

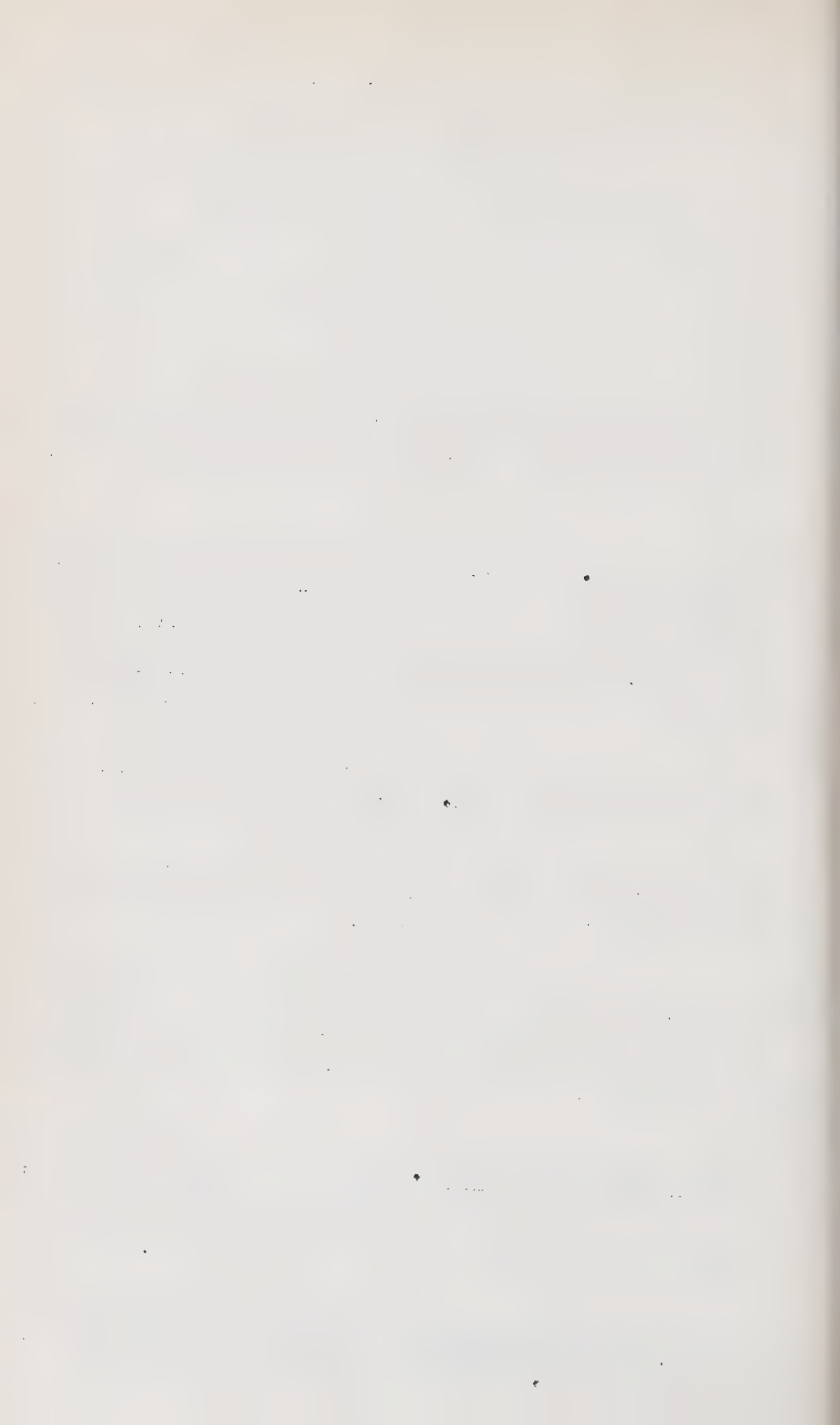
Cette lésion ne s'accompagne pas de signes subjectifs mais expose à des excoriations, à des infections superficielles.

Lésion définitive, elle ne dégénère pas. Le pronostic en est donc bénin, mais elle peut être très gênante de par son volume et son étendue.

Elle peut s'accompagner d'autres noevi comme dans l'observation récente d'Oswaldo RAMIREZ (1959) qui rapporte le cas d'un noevus cérébriforme de l'occiput chez une fille de 15 ans qui présentait, en outre, de multiples noevi pigmentaires sur le corps.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE montre une hyperplasie de l'épiderme, une forte acanthose, un épaississement du derme avec des cellules noeviques disséminées ou en thèques. Les glandes sébacées sont normales ou ramifiées.

Ce type de noevus a souvent été confondu à tort avec la pachydermie vorticellée du cuir chevelu et c'est sous ce dernier nom que sont publiées la plupart des observations



réunies par TOURAINE. Un très beau cas publié par LENORMANT en 1920, et dont la photo a été reproduite dans de nombreux ouvrages, avait été publié sous le titre de pachydermie plicaturée alors que c'est un noevus cérébriforme des plus typiques.

Dans le cylindrome, les masses élémentaires, d'abord isolées sont plus arrondies, plus inégales, d'évolution progressive, de structure riche en hyaline.

Enfin, l'erreur peut être faite avec un neuro-fibrome de maladie de Recklinghausen.

Le seul traitement est chirurgical. La difficulté réside dans l'étendue de la lésion et malheureusement, les malades viennent consulter assez tard quand la lésion a pris de l'extension et qu'elle devient gênante. Au stade de début, la lésion, qui n'entraîne aucun signe subjectif, et est facilement dissimulable sous une mèche de cheveux, ne conduit pas chez le médecin.

Dans le cas d'Oswaldo RAMIREZ (1959), le noevus de 10 x 20 a été extirpé chirurgicalement, puis greffé. Cette intervention redonna à la région un aspect quasi normal.

De même VISETTI et ALBERTAZZI publient deux cas, dont l'un a été traité chirurgicalement par l'excision et la réparation de la zone intéressée à l'aide d'une greffe libre dans un premier temps et ensuite à l'aide de lambeaux de voisinage.

— CHAPITRE DIXIEME —

PACHYDERMIE VORTICELLÉE DU CUIR CHEVELU

Pachydermie vorticellée de AUDRY ou plicaturée de PERIN ou cutis verticis gyrata de UNNA, elle a bien été étudiée par TOURAINE qui réunissait 205 cas parus en 1944. Dans le service de M. DUPERRAT, nous avons pu en isoler 3 cas en 1957-1958.

Il s'agit d'une malformation naevique congénitale constituée par des bourrelets séparés par des sillons d'aspect encéphaloïde.

DESCRIPTION :

Cette lésion se voit surtout chez l'homme et chez l'homme adulte. On a décrit cependant quelques cas infantiles et même dès la naissance.

La dysplasie siège essentiellement au cuir chevelu, dans la région occipitale, le vertex, la zone de tonsure. Plus rarement, elle est généralisée ou localisée aux régions pariétales.

- dans les formes discrètes assez fréquentes, les sillons sont peu saillants, en simple vallonement devenant plus visibles si l'on fronce légèrement le peau par une pression latérale à quelque distance de la zone atteinte ;
- dans les formes accentuées, les sillons sont profonds ; la peau est plissée, froncée, gondolée ou chiffonnée dans son ensemble. Les plis sont tantôt parallèles à la ligne médiane, sagittaux (pachydermie plicaturée), tantôt enchevêtrés sans ordre ou en tourbillon (pachydermie vorticellée). Des plis identiques peuvent s'observer à la face et plus particulièrement au front où les rides sont accentuées et profondes.

La peau est d'épaisseur et de consistance normales, ou parfois plus épaisse, plus ferme, moins souple.

Le cuir chevelu est de coloration normale ou foncée.

Une séborrhée grasse peut se voir facilitant l'apparition du prurit.

Parfois, les cheveux restent abondants dans les sillons, mais les saillies sont toujours glabres.

Le plus souvent isolée, la pachydermie peut associer des :

- . troubles psychiques : déficience mentale, imbecillité, idiotie ;
- . une microcéphalie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : assez typique cliniquement, pour celui qui en a déjà vu, elle a été parfois confondue avec un naevus cérébri-forme. En effet, les replis dénudés sont parfois renflés, ça et là en saillies, d'où un aspect cérébri-forme du cuir chevelu.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE montre quelques follicules pilosébacés inégalement distribués, mais également des cellules naeviques dans toute l'épaisseur du cuir chevelu. Elles sont pigmentées ou non, groupées par place en amas très denses et serrés, ailleurs de façon diffuse entre les trousseaux conjonctifs et autour des follicules. Par place, on en voit enfermées dans des thèques épidermiques.

Cette malformation tend constamment à s'accroître, devenant suintante et fétide.

Le pronostic local est bénin. Bien que les coupes montrent la présence de cellules naeviques, on n'a jamais signalé de généralisation mélanique à la suite de ces interventions.

Son pronostic général est plus réservé en raison de corrélation avec des troubles psychiques.

Le seul traitement est l'ablation chirurgicale à condition que le noeuvus soit de volume restreint. Certains auteurs pensent que les plis se reforment après exérèse.

Devant un tel tableau, il faudra toujours faire un examen général, à la recherche d'une pachydermie plicaturée avec pachypériostose de la face et des extrémités, réunissant :

- . une pachydermie plicaturée du cuir chevelu, d'ailleurs inconstante,
- . une pachydermie plicaturée du front,
- . un épaissement des extrémités : doigts et orteils hypocratiques, mains énormes, poignets hypertrophiques avec, à la radio, une pachypériostose engainante du radius et du cubitus, du tibia et du péroné,
- . une débilité mentale assez fréquente.

+
+ +

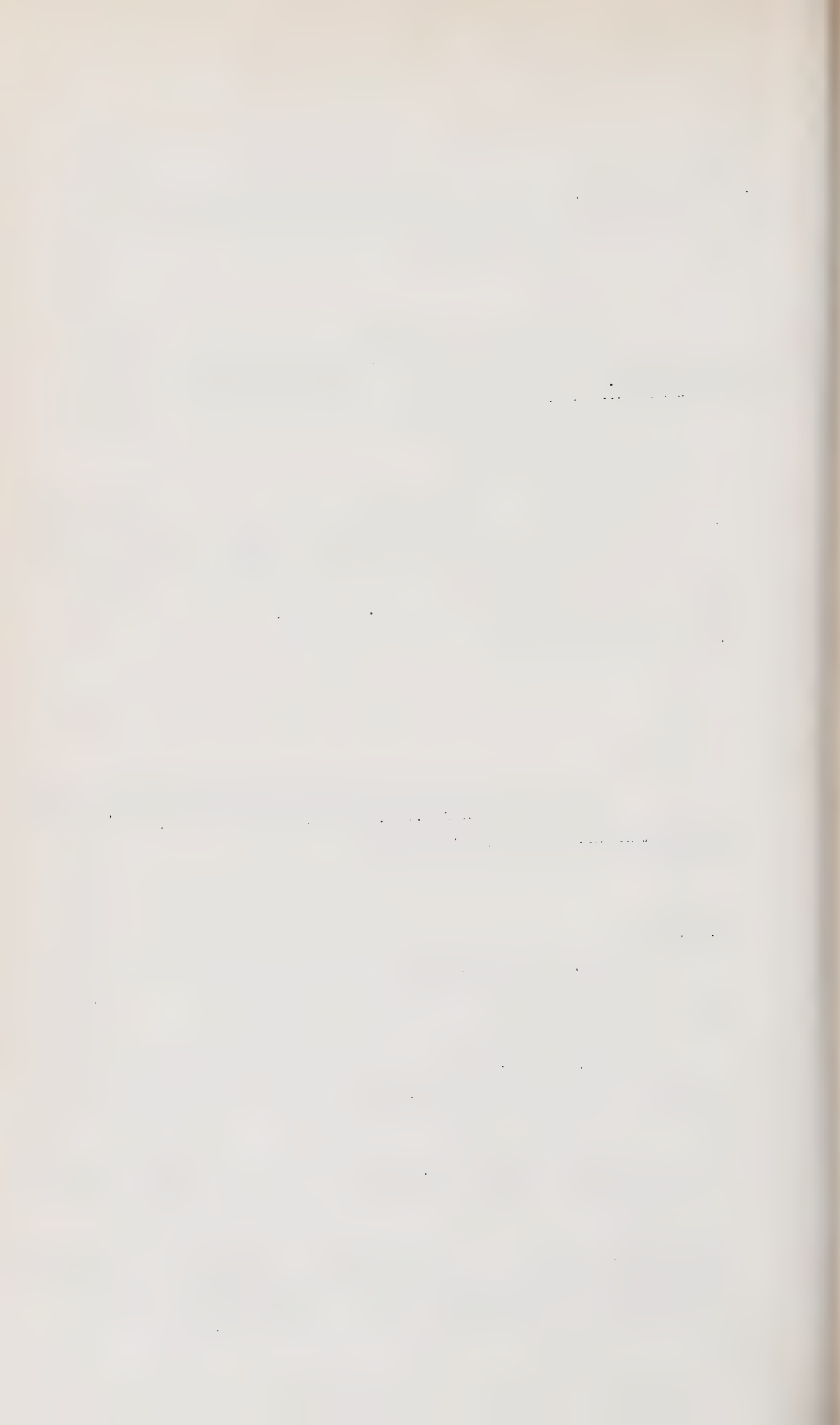
En 1957-1959, dans le service, nous avons eu l'occasion de voir 3 cas de pachydermie dont deux, d'ailleurs, très frustes.

PREMIER CAS :

Max D..., 35 ans, vient consulter pour une séborrhée du cuir chevelu ayant débuté il y a deux ans. A l'examen :

- on voit d'emblée 3 rides profondes du front,
- le cuir chevelu n'apparaît pas d'emblée modifié mais la palpation fait apparaître un semis de gros plis surtout dans le sens longitudinal ;
- une hypertrophie des extrémités, indéniable. Depuis deux ans, les poignets augmentent, dépassant les plus grandes mesures.

A l'interrogatoire : on retrouve des céphalées, des troubles psychiques (tristesse, cauchemars), des troubles de la mémoire (amnésie de fixation portant sur les faits de cette période de deux ans), un désintéressement de tout ce qui l'entoure.



Pas de crises comitiales, pas d'équivalents. Divorcé depuis 3 ans, a 3 enfants dont il est séparé. Enfin, un de ses 7 frères a été hospitalisé deux ans dans un service de psychiatrie.

Les examens complémentaires montrent une selle turcique à la limite de la normale ; aux mains, une hypertrophie avec une irrégularité de structure de la corticale des premières phalanges. Rien aux pieds. Examen oculaire normal.

DEUXIEME CAS :

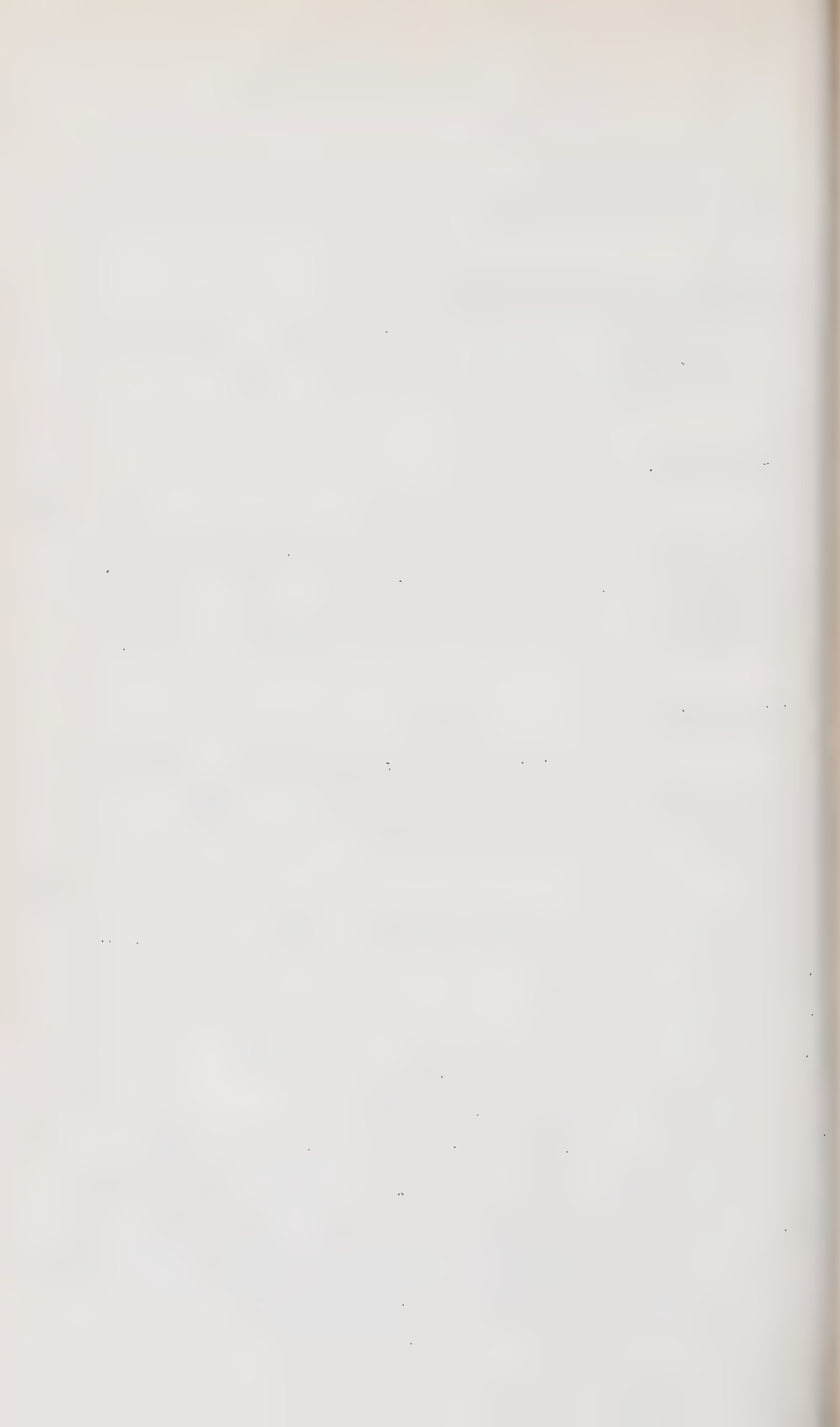
Gaby D..., 29 ans, frère du précédent consulte aussi pour une séborrhée du cuir chevelu et une alopécie partielle. L'examen est beaucoup plus pauvre : rien au cuir chevelu en dehors de la séborrhée ; par contre, une série de rides frontales curieusement perpendiculaires. Les extrémités sont normales.

TROISIEME CAS :

Raymond F..., 29 ans, hospitalisé à la Salpêtrière pour une sclérose tubéreuse de Bourneville et présentant des bourrelets de pachydermie vorticallée de la nuque.

De l'étude de ces trois observations, nous retiendrons :

- le sexe masculin,
- l'âge : la trentaine ;
- le début par de la séborrhée dans deux cas ;
- les rides frontales dans deux cas ;
- les deux cas familiaux, ce qui n'avait été guère signalé ;
- l'association fréquente de lésions osseuses et de troubles psychiques puisque dans nos trois observations, le premier présente des troubles psychiques nets, le deuxième en apparence normal est, cependant, un sujet très anxieux et le troisième était suivi pour une sclérose de Bourneville.



EPITHELIOMA CALCIFIÉ DE MALHERBE

L'épithélioma calcifié fut décrit par MALHERBE en 1880. Contrairement à son nom, il s'agit d'une tumeur bénigne, comme le prouvent son évolution et sa structure histologique.

Cette tumeur siège en n'importe quel point du corps et on peut en voir au cuir chevelu, mais elle se voit surtout aux bras, à la région deltoïdienne, au cou, à la face latérale, aux régions temporales.

Elle apparaît à tout âge et se verrait assez souvent dans l'enfance.

Généralement unique, cette tumeur dermo-hypodermique est assez bien limitée, n'adhérant pas aux plans sous-cutanés, facilement mobile avec la peau.

Son caractère majeur est sa dureté pierreuse, ceci quel que soit son siège. Un autre caractère plus spécifique au cuir chevelu, secondaire au plan osseux sous-jacent, est son développement en forte saillie, soulevant l'épiderme et formant des bosselures.

Son volume ne dépasse pas, le plus souvent, celui d'une amande, mais parfois peut devenir énorme, grosse comme un poing.

Elle est souvent opaque aux rayons X.

Elle est non douloureuse et s'accroît avec lenteur.

L'Histologie est caractéristique. On trouve dans le derme et l'hypoderme :

- des amas de tissu malpighien vivant,
- des plages de ce même tissu "momifié" formant des mosaïques de logettes cubiques, d'un rose très pâle, brillantes, finement granuleuses, avec un centre "ombré" à la place de noyau ;
- des plages de surcharge calcaire, basophiles, occupant le centre de quelques lobules momifiés ;
- une importante réaction conjonctive avec des plasmods de types "à corps étrangers".

La plupart des auteurs pensent que l'épithélioma de MALHERBE est dû à des inclusions épidermiques qui sont :

- tantôt d'origine embryonnaire (dysembryome) dont témoignent certaines observations familiales démonstratives (DUPERRAT et ALBERT) ;
- tantôt, d'origine traumatique (vaccinostyles, piqûres, percement d'oreille), intervention chirurgicale, réalisant ainsi une "greffe" tissulaire épidermique.

Le diagnostic différentiel peut être difficile cliniquement avec le kyste épidermique calcifié, une calcinose cutanée, une cystostéatonecrose calcifiée;

Le seul traitement est l'extirpation chirurgicale en ayant soin d'enlever très complètement la tumeur.

Le pronostic en est excellent;

NOEVUS A TYPE DE KERATOSE PILAIRE ROUGE ATROPHIANTE

Avant de terminer cette étude qui, nous l'espérons, n'est point un catalogue, nous voulons dire quelques mots de certaines lésions de kératose pileaire, qui sont fort exceptionnelles, mais qui peuvent apporter une lumière sur la pathogénie de la pileaire rouge atrophiante du visage et des ulérythèmes ophryogènes.

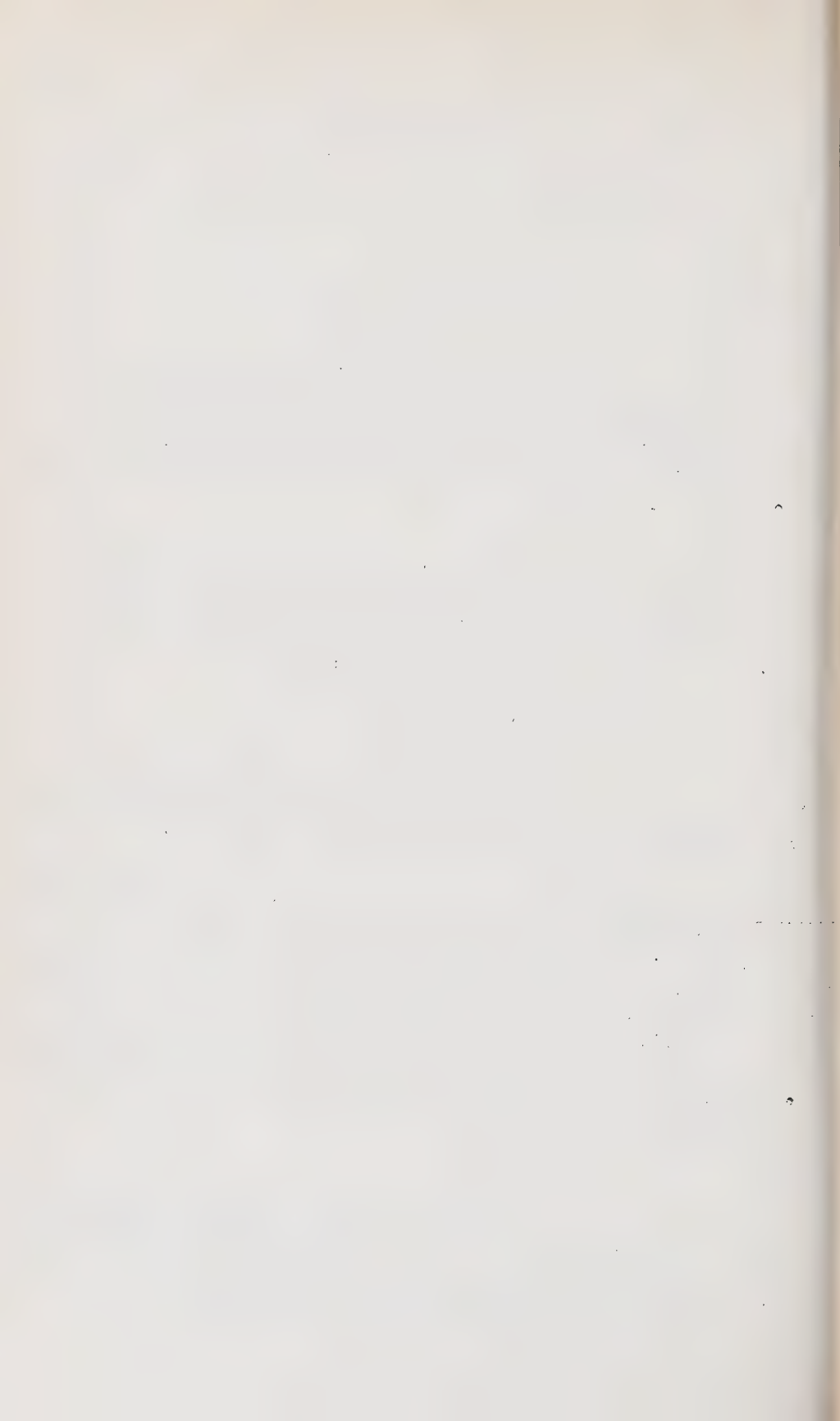
PRINGUET a eu l'occasion récemment de voir un enfant de 2 ans qui présente depuis la naissance, dans la région occipitale gauche, une lésion qui associe 3 éléments :

- une nappe érythémateuse bien limitée,
- un aspect de kératose pileaire,
- une alopecie limitée.

A la vitro-pressure, de minuscules infiltrats jaunâtres ponctuant chaque orifice pileaire. La lésion paraît se développer proportionnellement à la croissance de l'enfant,

UNE BIOPSIE a montré un aspect absolument noeveux. Les follicules pileaires sont rares, espacés, d'un aspect très particulier : dilatation béante de l'ostium qui est rempli d'orthokératose. Situation superficielle des glandes sébacées qu'on retrouve jusque dans l'épiderme. La grappe sébacée offre un aspect rabougri, ramassé, rassemblé autour de l'ostium. Le derme est le siège d'une sclérose disséminée avec disposition horizontale des rubans collagènes. Tous les autres follicules pileux ont disparu.

Il ne semble pas que de telles observations aient été publiées. BROCC, dans sa description de la kératose pileaire rouge atrophiante de la face, ne parle pas d'atteinte du cuir chevelu, mais signale ailleurs avoir observé 1 de la kératose "pileaire simple du cuir chevelu avec formation de petites



"papules circumpilaires, puis atrophie blanche cicatricielle
"du derme chez des sujets paraissant, au premier abord, avoir
"de l'alopécie dite séborrhéique. On voit, dans ces cas, des
"traînées de plaques irrégulières, d'un rose pâle, hérissées
"de petites papules à divers degrés d'évolution et tout à côté
"formant les dessins les plus variés et des sortes de bigarrures,
"des plaques blanchâtres, atrophiques ou moins développées".



CONCLUSIONS

Nous avons repris l'étude du cuir chevelu à l'exclusion des angiomes. Nous croyons utile de préciser plusieurs points particuliers sur lesquels l'attention des praticiens ne semble pas avoir été attirée.

1.- C' est ainsi que nous avons été frappés par le caractère spécial des noeви tubéreux du cuir chevelu. Ces noeви sont presque constamment achromiques et trop souvent, ils sont pris, à tort, pour des papillomes ou pour des kystes. En fait, ils contiennent des mélanoblastes.

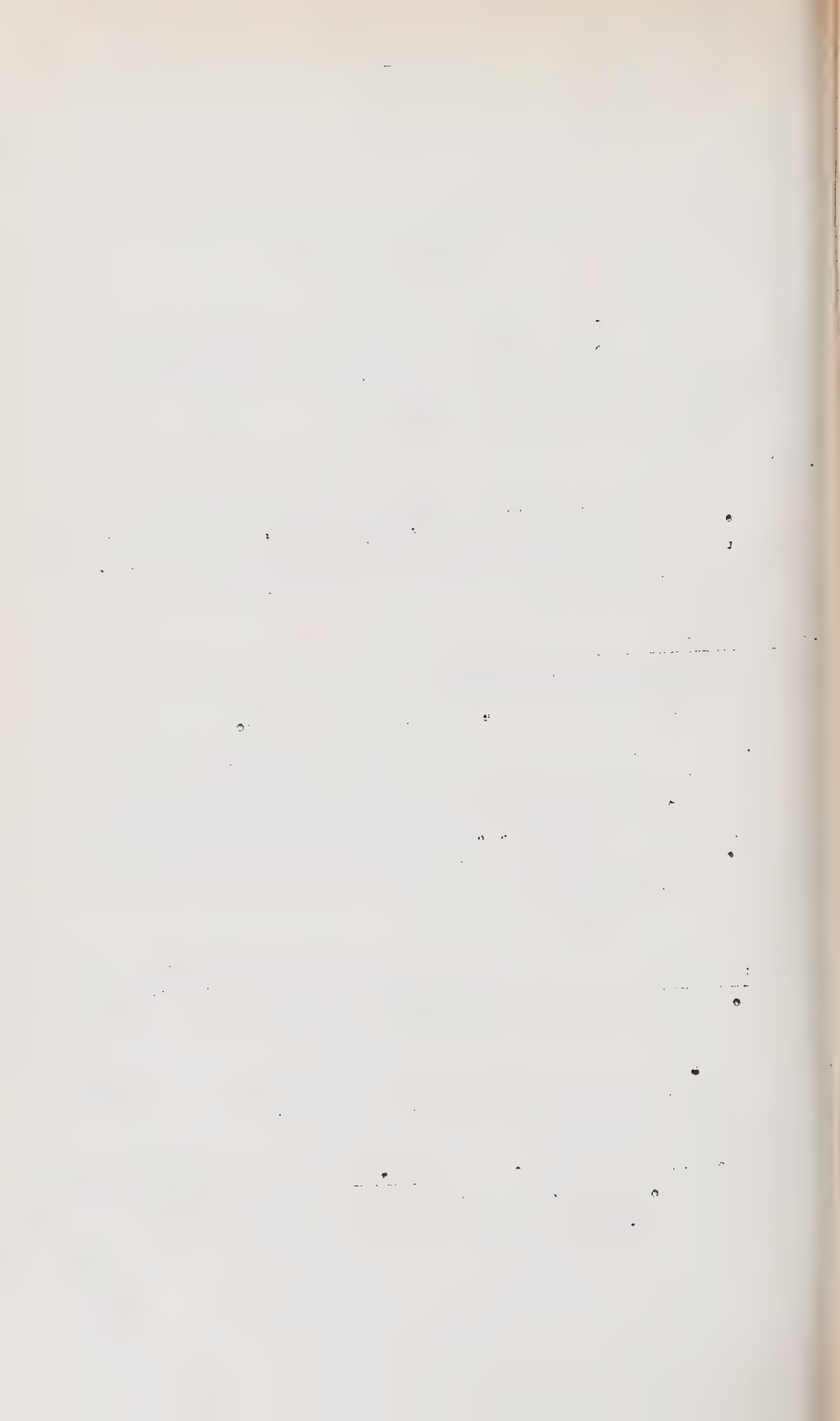
2.- Les mélanomes malins du cuir chevelu sont parmi les plus perfides de tous :

- . ou bien ils sont achromiques, longtemps méconnus,
- . ou bien , ils sont masqués par la surinfection et la nécrose. Ils donnent lieu à de cruelles erreurs de diagnostic. Leur siège céphalique n'est nullement un facteur de bon pronostic car plusieurs observations ont témoigné, au contraire, d'une prompte évolution fatale.

3.- Le lentigo bénin peut se révéler sur l'aspect d'un noevus de SUTTON et se faire remarquer par l'éclosion d'une mèche blanche dans une chevelure brune.

4.- C'est parfois une "péladeïde" déclenchée par une folliculite sous-noevique qui fait découvrir un lentigo.

5.- Nous apportons 2 observations de Mélanome Juvénile du cuir chevelu, localisation jusqu'alors non signalée, à notre connaissance.



6.- Ainsi que la plupart des auteurs, nous avons été frappés de la fréquence des Noeui annexiels :

- . soit sébacés,
- . soit sudoripares,
- . soit mixtes

et nous en rappelons les principaux traits.

7.- Concernant l'évolution des Noeui sébacés et verruqueux nous précisons le passage en 3 temps :

- . de la naissance à 3-4 ans, c'est une alopecie isolée,
- . de 3-4 ans à la puberté, les végétations sont planes ;
- . après la puberté, les végétations deviennent souvent verruqueuses et exubérantes.

C'est le moment où elles sont blessées par le peigne, devenant la proie d'une facile infection.

8.- Etudiant les loupes , nous avons signalé leur possible dégénérescence sur laquelle insistent plusieurs articles récents.

9.- A l'occasion d'une observation inédite où un méningiome fut pris pour une loupe, nous montrons les difficultés de diagnostic qui sont particuliers au cuir chevelu, du fait de ses connexions anatomiques.

VU et PERMIS d'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

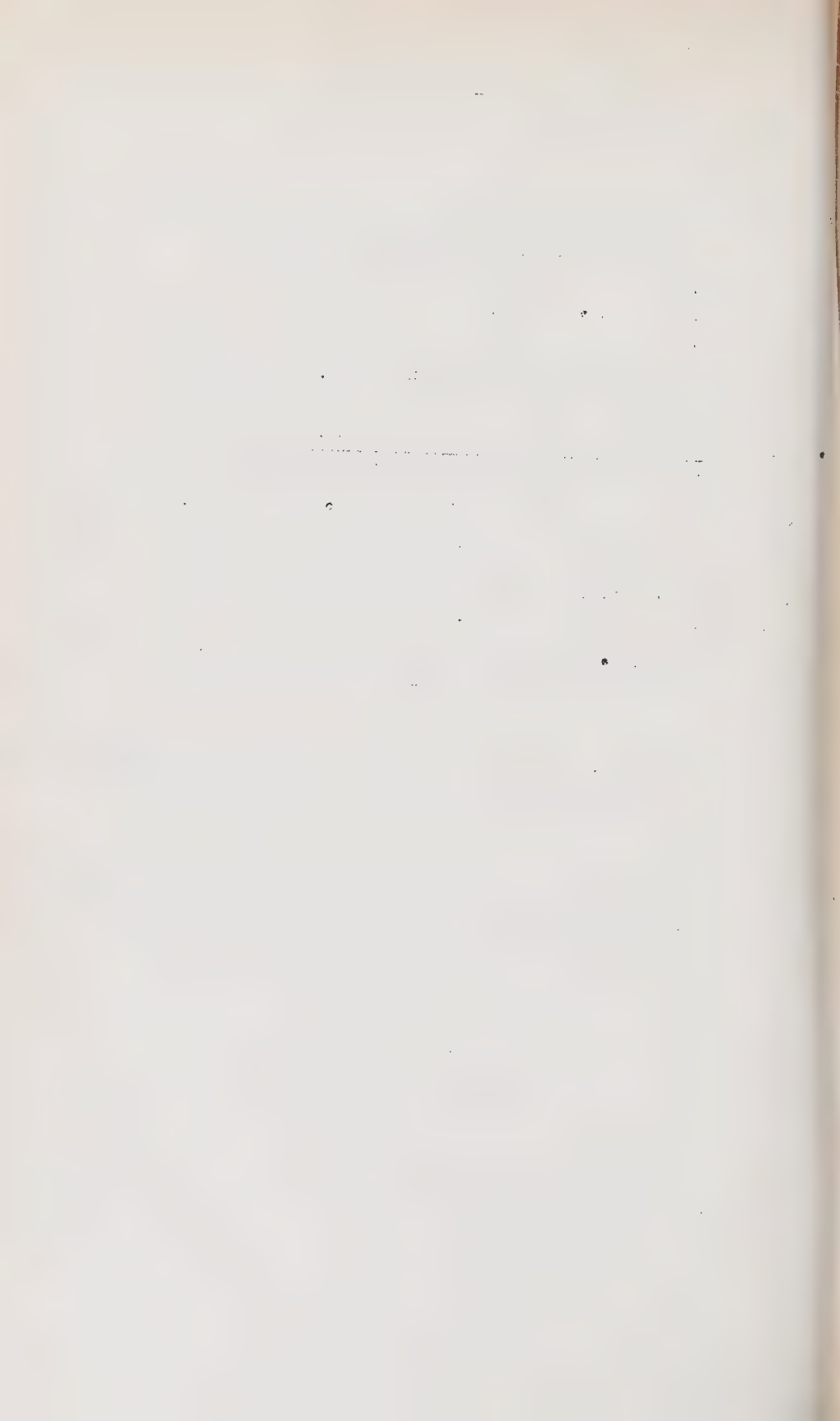
J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de PARIS

L. BINET

Le Président
de la Thèse :

R. DEGOS



BIBLIOGRAPHIE

ANDRE

La radiothérapie dans les tumeurs du cuir chevelu
Mémoire de Radiologie 113-856, 1958, vol.1 n° 3.

AUDRY Ch.

Ann. Dermat. Syph. 1909 , 10, 857.

BERGMANN

Zwei Fälle von cornua cutanea in systematisierten noevi
sebacei
Dermat.Wschenschr. 756, 1913, p.427.

BOCAGE & PERTHANI

Un cas de maladie de Sutton
Bul. Dermat. et syph. 1948, p. 51.

BONOLA

Les gros noevi cérébriformes du cuir chevelu et leur
réparation plastique
Minerva chir. 31 Déc. 56, 11, n° 24, 1298-1300.

BORN W.

A propos de noevi frisés au milieu de cheveux lisses
Dermatologica 1957, 115, n° 2, 119-121.

CASTELAIN & SPITALIER

Trois observations de noevus sébacé de Jadassohn
Bull. Dermat. et syph. 1959, p.663.

COSTELLO & DANNENBERG

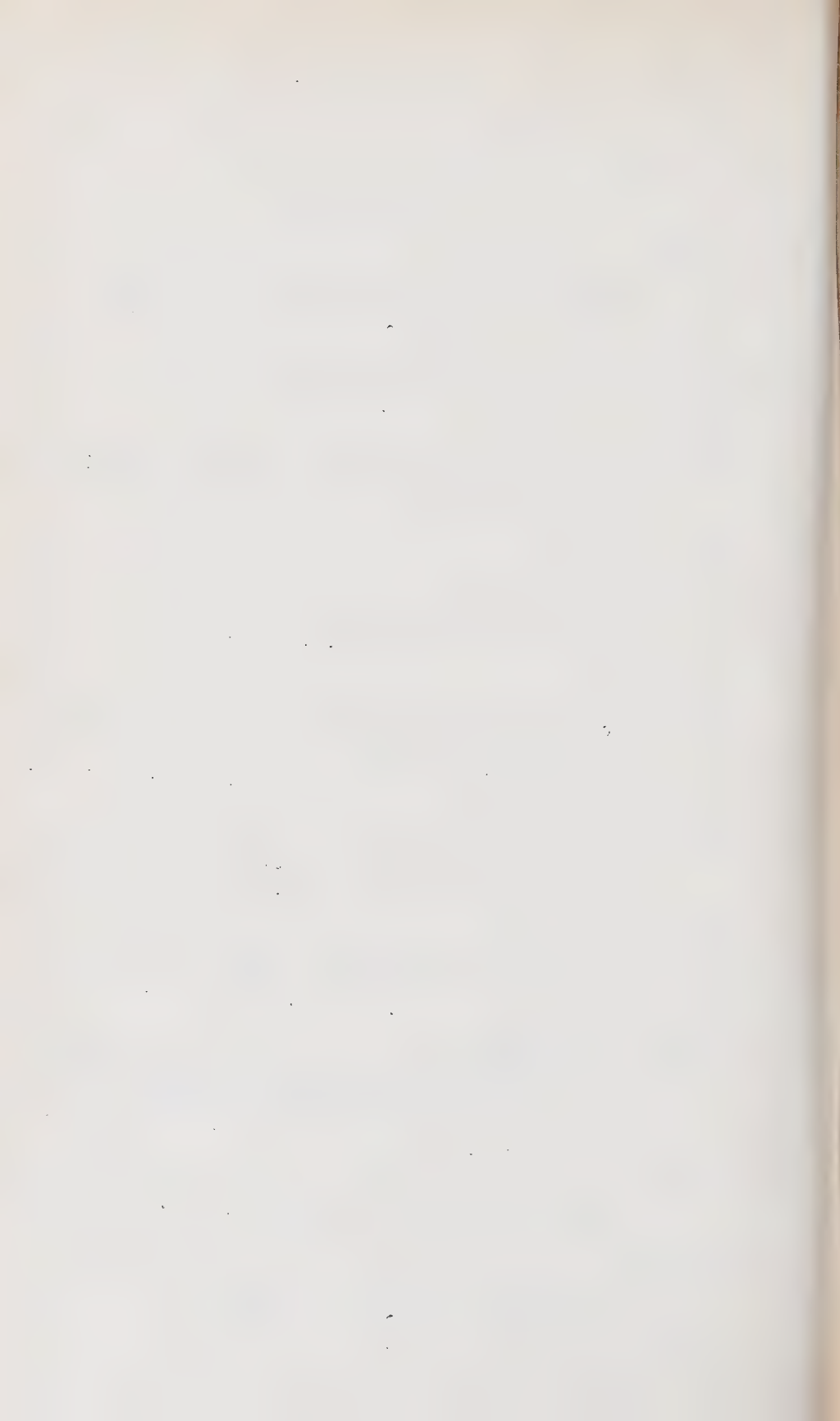
Noevus syringadénomateux papillifère du cuir chevelu
rappelant cliniquement un kyste sébacé
Arch. de dermat. nov.58, 78, n° 4, 639-640.

DEGOS

Dermatologie Collect. Med. Chir. Flammarion

DESAUNAY

Contributions à l'étude des mélanomes
Thèse 1960.



DESAUX

Affections de la chevelure et du cuir chevelu

DÖRFFEL

Noeuvus syringoadenomatosis papillifères

Dermat. Wschnschr. 99, 1318 -oct.13) 1934

DUBOUCHER & MONTEPELLIER

Loupe enflammée effondrant la boîte crânienne

Bull.Dermat. et syph. 1936, p. 457.

DUBREUILH

De l'épi calcifié de Malherbe

Ann. Dermat. et syph. 1922, 3-257,268.

DUPERRAT

Précis de dermatologie 1959, Masson.

Considérations à propos des noevi mélaniques

Bull. Ass. Franç. et Cancer 1953, p. 463.

Mélanome juvénile à multiples éléments groupés sur
une tache café au lait

Bull. Dermat. et syph. 1958

FEVRE & HUGUENIN

Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant

Masson 1954.

FISHER E.R.

Noeuvus bleu malin du cuir chevelu

Arch. Dermat. Sept. 1956, 74, 3, 227-231.

GANS, Q & STEIGLEDER K.G.

Histologie der hautkrankheiten

Springer-Verlag, Berlin, Göttinger Heidemberg, B 2,

S 214, 1957.

GIBSON A.A.

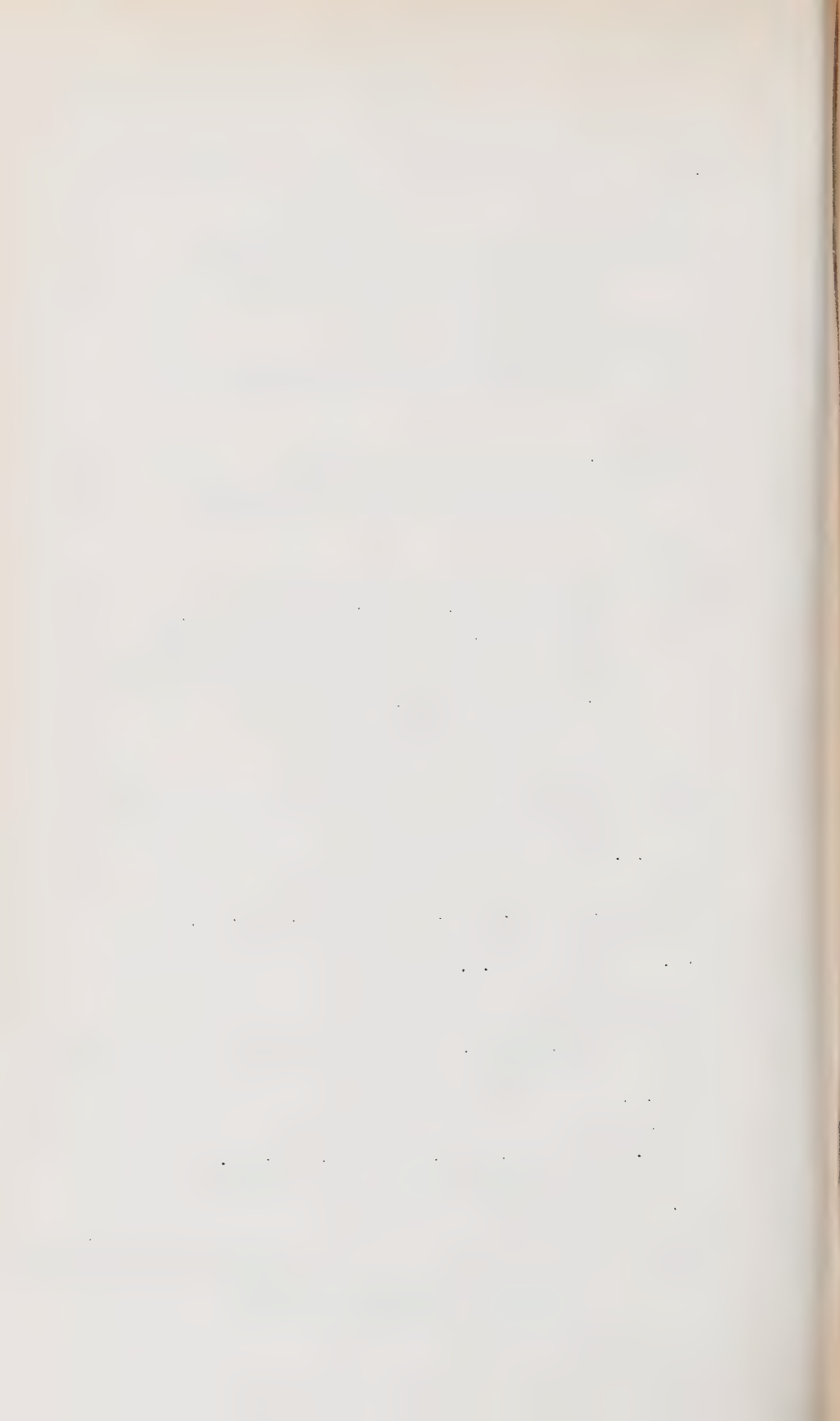
Noeuvus géant malin du cuir chevelu

J. Path. Bact. Juil. 1960, 80, 185-187.

GOLÉ L.

Thèse Paris Pachydermie plicaturée avec pachypériostose
de la face et des extrémités

Vigot Edit.



GONZALES

Syringocystadenoma papillifero
Actas dermo sif. 28, 197, nov. 1935

GRUND (J.L.)

Syringocystadenoma papilliferum and noevus sebaceus
(Jadassohn) occurring as a simple tumor
Arch. Dermat. Syph. 57, 1948, 679.

HOFFMANN E.

Le noevus à poils crépus
Dermatologica 1953, 107, n° 5, 281-292.

LENORMANT Ch.

Noevus cérébriforme du cuir chevelu
Ann. Dermat. Syph. 1920, 1, 225-243.

MALHERBE

Note sur l'épithélioma calcifié des glandes sébacées
Bull. Soc. Anat. Paris 1880, 5, 169-176.

MARCUS & WOOLDRIGE

Sebaceous noevus and noevus syringoadenomatous papilliferus occurring as a mixed form
Arch. Dermat. and Syph. 61, 1950, 105

MILIAN, PERIN, BRUNEL

Noeovocarcinome de la région pariéto-temporale chez un enfant de 12 ans.
Bull. Dermat. et syph. 1932.

OSWALDO RAMIREZ C. 1959

Nevocerebriforme del occipucio
Congreso centro americano de Dermatologica (5-8 Nov. 59)

PACK, LENSON, GERBER

Regional distribution of moles and melanomas
Arch. of Surg. 65, 862 (1952).

PARKIN

Noevus sebaceus (Jadassohn) with squamous cell epithelioma
Brit. Journ. Dermat. 1950, 767

PAUTRIER

Le noevus sébacé de la face et du cuir chevelu, l'épithélioma sébacé.

Ann. Dermat. et syph. 1936, 7, 897-938.

PERCIVAL

Le noevus sébacé et le noevus syringoadenomatous papilliferus

Arch. Belges D. et Syph. 1948, 4, 95-162

PERIN L.

Noevi seillants. Nouvelle pratique dermatologique
Masson & Cie, Paris 1936.

POST C.F.

Noevus à poils laineux (1 cas)

Arch. of Dermat. Oct. 1958, 78, 4, 488-489.

ROBINSON

Noevus sebaceé et épi baso-cellulaire

Arch. Dermat. Syph. Chicago, 26, 663, 1932.

ROLLIER & PELBOIS

Bull. 1952, p. 143

Syringoadenome papillifère de Werther

SAVATARD

Noevus sebaceus and sebaceus carcinoma

Brit. Journ. Dermat. 53, 1941, 214.

SEZARY

Noevi annulaires du cuir chevelu à centre atrophique
et à bordure hypertrichosique

Bull. Dermat. et syph. 1938, p. 452.

SUTTON R.

Diseases of the skin.

TEMINE, FLORENS, Mme LE COULIER

Noeovo-carcinome à type de botriomycome du cuir chevelu

Bull. Dermat. et Syph. 1958

TOURAINÉ

La pachydermie vorticellée

Encyclopédie 1944

Noeuvus cérébriforme

Encyclopédie med. Chir. Dermato

TOURAINÉ & SOLENTE

Noeuvus achromiques

Bull. Dermat. et syph. 1936, p. 609

VARALÓPEZ R., ALVAREZ, CASLOS

Noeuvus pigmentaire intradermique géant du cuir chevelu
Excision et greffe

Actas dermat. mars 1959, 50, 2, 89-91.

VISETTI M. & ALBERTAZZI F.

Deux cas de noeuvus géant cérébriforme du cuir chevelu
Minerva Dermat. 1958, 33, n° 7, 273-277.

WERTHER

Syringadenoma papilliferum

Arch. Dermat. Syph. 116, 865, 1913.

WILBERT Sachs

Noeuvus syringadenomatosus papilliferus

Arch. of dermat. et syph. déc. 37, p.1202-1209

